

# Rapport RESSPIR du Think Tank

## Pastorale de la santé face aux défis de l'avenir

LA FORMULATION DES MANDATS POUR LES AUMONERIES  
DE LA PASTORALE DE LA SANTE



**Un Think Tank porté par  
le RESSPIR, l'UNESSA  
et la CIPSA (2019-2021)**



**Rapport rédigé par Sophie Izoard Allaux (RESSPIR),  
Avec la collaboration de Thérèse Hebbelinck (UNESSA), Caroline  
Werbrouck (CIPSA) et Serena Buchter (RESSPIR)**

**Publié en ligne : le 07.02.2022**

## Table des matières

CHAPITRE 1 : L'ACCOMPAGNATEUR SPIRITUEL, UN VEILLEUR ET TÉMOIN AGISSANT DE L'EXPÉRIENCE SPIRITUELLE .....	4
I. Entrer dans un paradigme de soin : la spiritualité comme part intime de soi-même .....	4
A. « NE PERDEZ PAS CE QUI EST DE L'ORDRE DU PLUS PRÉCIEUX DE VOUS-MÊMES » .....	4
B. PRÉALABLES À L'ÉTUDE .....	6
C. CE QUI EST VALIDÉ PAR LES MEMBRES DU THINK TANK : L'ACCOMPAGNATEUR SPIRITUEL, au service des patients et des soignants (indirectement).....	8
II. Défis et perspectives .....	12
A. CE qui est en attente de précision.....	12
B. Points d'achoppements : la réflexion commune n'a pas encore abouti.....	17
C. Ouvertures : la disponibilité à la spiritualité des soignants, en tant que réalité agissante ..	19
III. Conclusion : comment célébrer la complétude de la personne ?.....	19
IV. LA FORMULATION DES MANDATS POUR CIPSA-UNESSA.....	20
CHAPITRE 2 : PROCESSUS DU THINK TANK CIPSA / UNESSA / RESSPIR (MARS 2020 – MAI 2021) .....	23
2 mars 2020 : réunion UNESSA.....	24
6 mai 2020 : Présentation du projet lors d'une réunion de la CIPSA .....	24
19 juin 2020 : Réunion avec des représentants de CIPSA_UNESSA_RESSPIR .....	24
30 juin 2020 – Réunion UNESSA (voir le PP) .....	25
07 septembre 2020 – Réunion CIPSA (voir le PP).....	25
15 septembre 2020 – Réunion UNESSA.....	25
30 mai 2021 - Réunion RESSPIR – CIPSA - SPIRITUAL CARE - UNESSA – reformulation de la mission	29
Juin – septembre 2021 : Enquête auprès des directions .....	29
Chapitre 3 : ANALYSE COMPARATIVE CANADA – SUISSE – France .....	30
I. QUÉBEC .....	30
a. L'absorption du service d'accompagnement spirituel et la disparition des garde-fous .....	30
B. L'ISS lui-même qui identifie un besoin spirituel : des interventions variées et diversifiées .	31
C. L'ISS, médiateur et expert du « fait religieux » à l'hôpital .....	31
D. Impact pour la Belgique.....	33
II. SUISSE .....	34
A. Un contexte évolutif.....	34
B. Mission .....	35
C. Domaines d'activité.....	36
D. Niveaux de professionnalisme (d'acquisition des compétences) .....	37
E. Validation du référentiel d'emploi et compétences .....	37
F. Impact pour la Belgique .....	37

III.	France .....	38
A.	Qu'est-ce qu'une aumônerie, un aumônier ? .....	38
B.	La mission de l'aumônier, au sein d'un établissement public.....	39
C.	Impacts pour la Belgique .....	41

# CHAPITRE 1 : L'ACCOMPAGNATEUR SPIRITUEL, UN VEILLEUR ET TÉMOIN AGISSANT DE L'EXPÉRIENCE SPIRITUELLE

## BILAN DU THINK-TANK CIPSA – UNESSA – RESSPIR

Abréviations :

**CIPSA** : Commission Interdiocésaine de la Pastorale de la **SA**nté en Belgique francophone. Elle réunit les responsables diocésains (Liège, Bruxelles, Namur, Hainaut, Brabant-Wallon), un délégué de Caritas Belgique, la déléguée de l'UNESSA et l'évêque référendaire. Cette commission a été élargie dans le cadre du think tank à des personnes ressources et aux représentantes du service Spiritual Care (service interdiocésain basé au vicariat de BXL cf présentation dans la vidéo du think tank).

**UNESSA** : Fédération d'institutions socio-sanitaires pour l'accueil, l'accompagnement, l'aide et les soins aux personnes (1020 services affiliés pour un équivalent de 60.000 travailleurs employés par les institutions affiliées à UNESSA, au service de leurs bénéficiaires). [www.unessa.be](http://www.unessa.be)

**RESSPIR** : Réseau international francophone Santé, Soins et Spiritualités, hébergé à L'Institut de recherche Religions, Spiritualités, Cultures et Sociétés de l'Université Catholique de Louvain.  
[www.resspir.org](http://www.resspir.org)

**AS** : **accompagnateur ou accompagnatrice spirituel.le**

### I. ENTRER DANS UN PARADIGME DE SOIN : LA SPIRITUALITÉ COMME PART INTIME DE SOI-MÊME

En exergue de ce rapport, relevons l'immensité du mystère de la souffrance ; la mission confiée par Dieu à chacun de prendre soin d'autrui ; la vulnérabilité de la nature humaine comme base de l'éthique du soin.

#### A. « NE PERDEZ PAS CE QUI EST DE L'ORDRE DU PLUS PRÉCIEUX DE VOUS-MÊMES »

##### LE CONTEXTE

Le monde du soin et de la santé est le théâtre d'une crise de la subjectivité qui est au carrefour de pressions multiples : rationalisation économique et nécessité de faire du chiffre, transformant le qualitatif en quantitatif ; pression technologique et numérique, qui tend à réduire le sujet à des données et où le sentiment de déshumanisation peut être fort ; pression visant à augmenter l'humain au lieu de le protéger. Dans cette logique, la maladie peut se réduire à une question de normativité et non plus de vulnérabilité, risquant par sa technicité de devenir l'apanage d'une poignée de spécialistes. Dès lors, le contraste est grand entre la généralisation d'une attitude contemporaine parfois désinvolte, bien souvent peu soigneuse à l'égard d'un monde sur lequel elle exerce sa pression instrumentale et sa prédation économique, sociale et écologique, et la reconnaissance du caractère fondamental des pratiques de soins, sans lesquels le monde ne saurait être désirable et vivable. Dans cette perspective la spiritualité serait-elle devenue une donnée non essentielle ? Les

accompagnateurs spirituels<sup>1</sup> superflus ? Répondre à ce questionnement impose de sortir résolument du dilemme mortifère qui enfermerait les pratiques soignantes dans un pragmatisme réaliste et le prendre soin des personnes dans un idéalisme compassionnel, pour rechercher une voie autre, promesse de fertilités croisées.

Cela suppose d'abord de ne plus penser le soin d'une manière constructiviste, qui fait que le soin n'est plus réduit à une succession de prestations mais devient une relation et un art, en tant que disposition éthique fondamentale. Ensuite, cela conduit à réfléchir à l'unité du soin sous la pluralité des pratiques de soin<sup>2</sup>. L'attention, le souci, la sollicitude permettent alors cette relation dans l'espace intime et sacré de la personne et en fait surgir le sens : la dynamique spirituelle peut ainsi pénétrer l'espace du soin, plus encore, elle est structurante pour l'espace du soin, comme elle se laisse modeler par le soin.

L'accompagnement humain et plus encore spirituel est donc essentiel pour prévenir chez le patient tout risque de « chosification », voire même un consentement bafoué car non suffisamment informé. Il lui permet aussi de se dire, afin de ne pas s'enfermer dans une position victimaire, tout comme il honore son « besoin » de croire. Comment accompagner la « vie des autres » à l'hôpital ? Aujourd'hui, un effort de conceptualisation est nécessaire pour penser la spiritualité comme manifestation de l'approche intégrative de la personne dans le monde du soin. Cependant, la proposition de ce service spirituel que l'on pourrait qualifier de « service d'amour<sup>3</sup> » peut-elle être entendue aujourd'hui ? S'il est du rôle de ceux qui, souhaitent en faire leur manière d'agir dans le monde (le peuple chrétien)<sup>4</sup>, la seule bonne volonté ne suffira pas en contexte sécularisé.

En effet, cette problématique se double de la configuration nouvelle et pluraliste au sein des institutions de soin. Elle atteste d'un recul marqué au sein de la communauté catholique de la pratique religieuse tout comme elle oblige à une créativité en vue de faire naître une heureuse collaboration avec les aumôneries des autres cultes et la laïcité organisée<sup>5</sup>. Ici le questionnement politique est à assumer : le pluralisme réel est bien plus complexe que la neutralité. Dans le monde francophone, divers auteurs s'attellent à répondre à cette question, à partir de matrices religieuses traditionnelles, ou bien en s'en affranchissant, et en prenant appui sur des sagesses orientales ou occidentales.

---

<sup>1</sup> Nous utiliserons dans ce rapport les mots « accompagnateur spirituel », abrégé AS, au masculin pour parler des professionnels de l'accompagnement spirituel en institutions de soins. Ceux et celles-ci sont appelés actuellement en Belgique très souvent aumôniers (parfois aumônières au féminin est utilisé). Ce sont majoritairement des femmes qui exercent ce métier aujourd'hui, en grande majorité catholiques et laïques (laïque au sens de « ministère non-ordonné »). Nous utiliserons le masculin pour plus de facilité dans la lecture sans discrimination de genre.

Durant ce Think Tank, la question ecclésiologique – de considérer le service de l'aumônerie en institution de soins comme un ministère institué ou confié - n'a pas été approfondie.

<sup>2</sup> Jean-Philippe PIERRON, *Prendre soin de la nature et des humains*, Paris, Les Belles Lettres, 2019, p. 14.

<sup>3</sup> G. TERLINDEN, *J'ai rencontré des vivants*, Namur, Editions Fidélité, 2007, p. 129.

<sup>4</sup> C. THEOBALD, *Le Christianisme comme style*, Paris, Cerf, 2007.

<sup>5</sup> La laïcité (philosophie laïque) est en effet reconnue en Belgique comme « culte » et des référents laïques (laïque ici entendu au sens d'a-confessionnel) sont rémunérés partout où des aumôneries existent dans les institutions de soins du réseau public.

## LA MISSION DU THINK-TANK

Cet état des lieux a constitué le fil rouge d'un parcours de réflexion commun de plusieurs mois, avec divers membres représentatifs des aumôneries du secteur de la santé en Belgique francophone en partenariat avec le réseau RESSPIR : dans un premier temps avec les membres de la CIPSA, puis en collaboration avec les membres de l'UNESSA. A travers un discernement individuel et collectif, il nous a été permis de construire une formulation qui explicite l'approche spirituelle à partir de laquelle œuvrent les équipes en charge des aumôneries dans les institutions de soins. Le terreau est celui d'une éthique chrétienne plurielle, dans une société qui valorise l'autonomie comme critère central de la dignité humaine.

Ce projet avait pour objectif de situer avec davantage d'acuité le rôle et la place de l'accompagnement spirituel, cherchant des modèles adaptés à la réalité et aux défis pastoraux aujourd'hui. La démarche commune a d'abord cherché à identifier et comprendre en quoi tous les domaines impliqués dans l'accompagnement spirituel ont été touchés par des mouvements de bascule, dans le sens d'un renversement de cadres de référence : ils impactent tant les personnes soignées que le personnel soignant, ainsi que le monde de l'accompagnement spirituel dans les institutions ecclésiales et les institutions de soin. Comment se positionner aujourd'hui face à la vie fragilisée ou face à la fin de vie ; comment restaurer les dynamiques de sens dans la crise existentielle que traverse celui ou celle que l'on accompagne ; comment (re)tisser du lien social quand plus rien ne le suscite ou ne le nourrit ? Une chose est certaine : une redéfinition du mandat des aumôneries s'inscrit dans la direction d'une évolution des compétences dans le prendre soin : des savoirs, des savoir-être et du savoir-faire, au bénéfice des patients, des familles et du personnel médical dans son ensemble. Cette mission irrigue le monde du soin telle une fonction soignante en partage, honorant la dimension spirituelle irréductible de tout être humain.

La question de l'accompagnement spirituel ne s'inscrit donc pas dans une dynamique d'efficacité dans le soin des patients. Il ne s'agit pas d'un supplément d'âme mais d'entrer dans une dynamique du mieux soigner comme du mieux accompagner. Une chose est sûre : les enjeux sont multiples, spirituels certes mais ils convoquent des enjeux matériels ; organisationnels, managériaux également : tout est lié...

## B. PRÉALABLES À L'ÉTUDE

### INTEGRATION DANS LES EQUIPES.INTERDISCIPLINARITE

#### ✓ PREMIER CONSTAT : SUR LE CONTEXTE DU THINK TANK

L'étude comporte un biais, celui de ne refléter qu'une partie de l'ensemble du monde hospitalier francophone. Ce sont effectivement majoritairement des institutions affiliées à UNESSA (et donc issues du réseau dit anciennement « chrétien ») qui ont répondu à l'enquête et ont travaillé ensemble sur la reformulation du mandat des aumôneries. Il importe donc pour la suite de ne pas s'engouffrer dans le biais du « survivant ». Le travail d'investigation

plus large doit être prolongé par la CIPSA dans le réseau public, là où l'UNESSA reste dans son cadre.

✓ DEUXIÈME CONSTAT : SUR LA PERCEPTION DE L'AUMÔNERIE

On observe un peu partout :

peu de mise en valeur du rôle de l'équipe d'aumônerie (visibilité, légitimité, reconnaissance)

✓ TROISIÈME CONSTAT : SUR LA FORMATION ET LE RECRUTEMENT

- La formation de niveau universitaire et professionnalisante (stage) est plus difficile exigible pour diverses raisons :

- le niveau salarial (bas) ne permet pas d'exiger un tel niveau

- le cadre légal n'exige pas un niveau de formation minimal

- aucune instance n'est aujourd'hui apte à cautionner la professionnalisation en Belgique francophone (contrairement à la Flandre)

- Il existe des disparités entre les diocèses sur la rémunération et les conditions de l'emploi mais partout la difficulté de recruter des profils adaptés est présente.

- A noter : la distinction entre les personnes ressources bénévoles dans les services d'aumôneries et les professionnels salariés n'est pas suffisamment claire dans certains lieux.

- On relève de manière plus marginale mais particulièrement difficile pour la gestion d'équipe : des AS ayant des positions très tranchées (intégrisme, fondamentalisme) qui se soucient peu de l'institution dans laquelle ils travaillent. Cette situation peut donner une image disqualifiée de l'équipe. Cela induit la question, à nouveau, du niveau du recrutement : la seule bonne volonté ne suffit pas tout comme il importe de prévenir tout risque de se retrouver au tribunal du travail.

✓ QUATRIÈME CONSTAT : LE MANDATAIRE ET LA CONCEPTION DU SPIRITUAL/PASTORAL CARE

Le modèle officiellement en vigueur aujourd'hui en Belgique francophone s'inscrit dans la tradition d'une confession religieuse précise, l'aumônier venant offrir un cadre interprétatif de la souffrance et de la maladie propre à la religion qu'il représente. Cette interprétation s'exprime par des paroles, des célébrations liturgiques et des actes rituels (lorsqu'approprié). Redéfinir le rôle de l'aumônier ne peut s'opérer sans avoir d'impact sur le rôle des autres intervenants du monde de la santé. Si un service d'aumônerie se transforme en service de « *spiritual care* », il va falloir préciser ce que l'on entend par là et ce qui fait la spécificité de l'aumônier ou accompagnant spirituel dans ce cadre. En effet, une tension se manifeste dans le monde des soins en ce qui concerne la manière dont est envisagée la spiritualité. La Belgique est au cœur de cette transition, c'est tout le sens de la démarche effectuée par ce groupe de travail tripartite (CIPSA – UNESSA – RESSPIR) : en caricaturant les extrêmes faut-il en faire la spécificité d'un service de l'hôpital, dès lors habilité à s'appeler « Service de soins spirituels » (comme c'est par exemple la dénomination au Centre hospitalier universitaire de Montréal (CHUM)) ? Ou bien faut-il considérer que c'est la tâche de tous, et dans ce cas implanter une



prise en soins globale de la personne dans tous les services de l'hôpital. C'est en vue de cette deuxième perspective que la réflexion commune a été menée. Ces 15 mois de travail commun ont provoqué un vif étonnement partagé : le groupe a abouti à un bilan très bien défini entre ce qui est bien établi et ce qui est encore en questionnement et suscite des chantiers à travailler (voir les chantiers organisés suite à ce think tank en fin de rapport).

### **C. CE QUI EST VALIDÉ PAR LES MEMBRES DU THINK TANK : L'ACCOMPAGNATEUR SPIRITUEL<sup>6</sup>, AU SERVICE DES PATIENTS ET DES SOIGNANTS (INDIRECTEMENT)**

#### **a. L'AUMONIER CATHOLIQUE, UNE PRESENCE POUR TOUS**

-L'accompagnateur spirituel est à l'écoute :

- ✓ Du patient (1ère ligne) principalement, quelque que soit sa religion, confession, philosophie, spiritualité... ;
- ✓ De toutes les autres personnes qui gravitent autour du patient : la famille, les proches, soignants et enfin la direction de l'institution (2ème ligne). De manière formelle ou informelle. Ce mandat n'est généralement pas précisé par les institutions et l'Eglise qui l'envoie en mission.

-Le responsable/ coordinateur d'équipe :

- ✓ Assure la coordination entre la direction de l'institution et l'équipe d'accompagnateurs spirituels et le bon fonctionnement de l'équipe.
- ✓ Est au confluent de toutes les interactions qui existent dans l'institution. Relais lorsque c'est approprié vers les autres représentants culturels ou de la laïcité

#### **b. LA VALORISATION D'UNE POSTURE DIFFERENCIEE : UN ACCOMPAGNEMENT « EXISTENTIEL<sup>7</sup> » ET SPIRITUEL DE LA PERSONNE ET APTE A FAIRE SURGIR L'INATTENDU**

- ✓ Les membres du think tank ne souhaitent pas que la spiritualité soit « prescrite » ou que la visée d'un accompagnement spirituel soit imposée par une autre discipline (soignante ou médicale) p.ex. : « pour calmer ses angoisses » ; « pour accepter un traitement ». Aussi l'évaluation de la « détresse spirituelle » est le domaine de compétences spécifiques de l'AS. Une saine collaboration repose sur une absence de « prescription » réciproque afin d'éviter toute instrumentalisation des services offerts.
- ✓ Au contraire le partage et la concertation en interdisciplinarité du souci spirituel, le relai de points d'attention sont fondamentaux et une culture commune pour y arriver est nécessaire. L'accompagnement spirituel n'est

<sup>6</sup> Accompagnateur spirituel : pour plus de commodité c'est la terminologie choisie ici pour qualifier celui qui œuvre dans un service « spirituel », seul, ou comme membre d'une équipe d'aumônerie.

<sup>7</sup> Voir (sous la dir. de) E. ANSEN-ZEDER, P.-Y. BRANDT et J. BESSON, *Clinique du sens*, Paris, Editions des archives contemporaines, 2020.

pas soumis aux critères de performances bio-médicaux ni à une gestion managériale relevant de la gestion médicale ou des soins infirmiers. Il a ses propres critères de discernements propres et sa gestion du personnel adaptés à l'exercice de la fonction

- ✓ Souvent l'accompagnement spirituel s'inscrit dans un temps long, une temporalité au service de la dignité humaine qui n'est pas superposable à la temporalité des soins bio-médicaux. Cependant les « urgences » sont aussi de son ressort.
- ✓ La spiritualité est la posture fondamentale à partir de laquelle la personne est approchée dans tout ce qui la constitue à travers :
  - Sa quête de sens
  - Sa recherche de transcendance
  - L'identification de ses valeurs
  - L'identification de son identité propre (culturelle, religieuse et spirituelle).
  - Ses aspirations profondes
- ✓ L'accompagnement spirituel perçoit la personne comme actrice de son développement (concept d'*empowerment*). Il se fait à l'aide d'un langage intuitif et compréhensible par tous. En langage confessionnel, on parlera de pastorale d'engendrement au service de la dynamique fondamentale du patient.

#### **C. UNE CAPACITE D'ACTION : UNE MISSION CREATIVE A PARTIR DES CHARISMES PERSONNELS ET AU CŒUR D'UN TRESOR SYMBOLIQUE HERITE**

L'accompagnateur spirituel agit :

- ✓ Au niveau singulier → s'adresse d'abord aux personnes → rencontre avec une personne et son histoire ;
- ✓ Au niveau collectif (capacité d'animation, de célébration, etc.).

L'accompagnateur spirituel ouvre un espace spirituel qui permet à l'autre d'advenir, d'être reconnu dans son unicité, en valorisant :

- ✓ La centralité du patient dans les institutions de soins : à partir du patient au cœur de la diversité ;
- ✓ La nécessité de se laisser inspirer par le patient rencontré et le reconnaître comme acteur de sa propre spiritualité ;
- ✓ Une présence ajustée, assumant en même temps la tradition d'accompagnateur spirituel catholique.
- ✓ Un déploiement de créativité à partir d'un patrimoine utile et symbolique (célébrations, rites, rituels) c'est-à-dire un lieu mémoire où se croisent les paroles du patient et les paroles issues des grandes traditions.

- ✓ Une capacité de rencontrer tout le monde, y compris les personnes qui ont d'autres « langages spirituels », tout en facilitant si nécessaire le lien aux accompagnateurs d'autres confessions.
- ✓ Une aptitude à communiquer : avec un langage adapté et audible.

L'accompagnateur spirituel a une compétence spécifique :

- ✓ La formation reçue offre une crédibilité et une légitimité pour les équipes d'aumônerie afin de pouvoir dialoguer à partir d'un langage commun. Elles essaient d'être des « traductrices » entre les personnes concernées au sein des relations de l'expérience spirituelle et/ou religieuse.
- ✓ L'approfondissement de sa propre tradition permet de rejoindre paradoxalement, au travers d'une dialogue et d'une rencontre en vérité, les aspirations de personnes d'autres traditions spirituelles/religieuses.

#### **d. UN MANDAT TENU PAR UNE DOUBLE LOYAUTE**

*La double loyauté (Église/institution de soins) devrait être :*

- ✓ questionnée : faut-il continuer à parler d'un mandat en tant que baptisé dans l'Église<sup>8</sup> ? Le mandat est confié non pas en raison du baptême mais d'une mission spécifique.
- ✓ pérennisée et officialisée : entre l'Église, les directions hospitalières et le politique.

*Derrière la question du mandat se pose celle de l'autonomie dans la fonction :*

- ✓ Vis-à-vis de l'Église : l'accompagnateur spirituel est-il/elle au service de la population ou au service de l'Église ? Il est important que par les attitudes il/elle « transpire » la foi par ses gestes, ses attitudes, témoignant d'une parole évangélique. Un texte clarifiant et peut-être unifiant la dialectique entre ces deux conceptions du service est souhaité par le groupe.

Une modalité forte pour favoriser l'enrichissement réciproque est souhaitée (aller-retour terrain/Église) : comment ce qui est expérimenté dans l'activité pastorale en milieu de soins peut-il nourrir la foi et les questionnements de l'Église/diocèse ? Comment les réflexions et les questionnements de l'Église/du diocèse nourrissent-ils la mission, l'expérience auprès des bénéficiaires ? Cette modalité devrait pouvoir être instituée, afin de garantir cet enrichissement et permettre l'évolution réciproque ainsi que prévenir des difficultés et se préparer à relever les défis du futur.

- ✓ Vis-à-vis de l'institution : la double loyauté se conjugue avec la question de la liberté professionnelle et de la reconnaissance (par ex. : la fiabilité de la réponse aux appels d'urgence). L'aspect confessionnel de la tradition est à conjuguer avec l'ouverture au non-religieux :
  - En une tension féconde ;
  - Sur une ligne de crête avec la difficulté d'équilibrer ces deux aspects.

*Des liens à cultiver avec l'institution :*

---

<sup>8</sup> cf. *Lumen Gentium* : il s'agit d'un ministère au service du peuple.

- ✓ La nécessité de parler un même langage ;
- ✓ La nécessité de participer à la culture et l'identité institutionnelle ;
- ✓ L'urgence de travailler le profil de fonction (mandat donné par l'institution) et le lien avec la direction/CA : en tant que partenaire, l'institution ne doit pas être oubliée. C'est l'organisme payeur qui est donc en droit de s'exprimer sur ce qu'il attend des services d'aumônerie ;
- ✓ De là découlent la place dans l'organigramme, la communication et la visibilité, la question du passage dans les chambres.

**e. L'ACCOMPAGNATEUR SPIRITUEL : UNE IDENTITE MIXTE (OU UNE IDENTITE CROISEE) RECONNUE OFFICIELLEMENT DANS L'INSTITUTION (= AVEC UNE PLACE DANS L'ORGANIGRAMME)**

- ✓ Une définition de la mission et une professionnalisation, socles d'une **reconnaissance officielle** au sein de l'institution de soins, sont nécessaires.
- ✓ Objectifs :
  - Avoir une position clarifiée : statut et fonction reconnus dans l'organigramme, langage commune précis sur ces points permettant un meilleur dialogue.
  - Avoir une mission, un profil de fonction, bien défini en ce compris le type d'interdisciplinarité souhaitée.
  - Sensibiliser le personnel soignant, la direction, les CA, au regard du rôle que les accompagnateurs spirituels sont appelés à jouer dans la prise en compte par l'institution de la dimension spirituelle des personnes ; et si c'est déjà le cas, la valorisation de ce qu'ils font.

**f. CONSEQUENCES**

- ✓ Une formation (et une formation continue) à sécuriser qui appelle à penser /repenser la professionnalisation.
- ✓ La formation doit viser l'acquisition de compétences diverses :
  - Ancrage catholique,
  - Connaissance des autres religions,
  - Empathie,
  - Formation à la relation d'aide,
  - Formation aux théories de l'accompagnement spirituel
  - Formation aux outils d'accompagnement spirituel (détresse spirituelle et autres)
  - Formation à l'écoute.
- ✓ Un cadre légal à reconsidérer (circulaire De Saeger)

## II. DÉFIS ET PERSPECTIVES

### A. CE QUI EST EN ATTENTE DE PRÉCISION

#### a. LE REEL PARADIGME C'EST L'ÉQUIPE

##### Entrer dans une dynamique d'alliance

L'équipe d'aumônerie est non seulement un laboratoire des richesses ecclésiales, plus encore, elle est signe d'un Dieu relationnel. En ce sens, si chacun de ses membres est appelé à évoluer individuellement, il y a un enjeu à se renouveler aussi collectivement, en se mettant au service des réalités multiples qui composent l'ensemble du personnel hospitalier. Cette diversité vécue à l'intérieur de l'équipe comme à l'extérieur est à la fois une richesse offerte comme elle est un défi à relever. Cette valorisation de l'équipe est visible en peu de lieu, il est nécessaire d'insister sur cette dimension et de développer des compétences pour cela.

Il s'agit d'être capable de faire équipe avec tous : le soin n'est pas l'apanage des soignants, mais une fonction en partage, relevant d'une alliance créative de relations subjectives entre soignants et soignés, soignants et aumôniers, aumôniers et soignés et ouvertes aux proches. Ce tissu relationnel fait éclore une dynamique particulière entre les sujets. Le soin est une matrice unificatrice pour l'épanouissement de l'individuation tout autant que pour la construction communautaire.

##### Les postures

En Belgique francophone, l'aumônerie catholique détient depuis longtemps une réelle expertise que les autres religions peinent à construire en commun, n'ayant quasiment pas de lieux de partages de pratiques et de lieux de formations (dû à la marginalité de leur présence en milieu de soin, souvent très peu rémunérée et n'étant pas leur engagement professionnel principal). Par exemple, l'accompagnement du deuil anténatal s'est développé au sein de la pastorale de la santé catholique de manière à aboutir aujourd'hui à une pratique d'expertise reconnue. Des pratiques inventives ont ainsi évolué au chevet des patients. Paradoxalement, et c'est ce qui déforce le rôle de l'aumônier catholique aujourd'hui, il n'est pas le représentant de toutes les religions ou spiritualités, quand bien même le plus présent c'est-à-dire engagé à temps plein ou partiel pour l'accompagnement au chevet du patient. Il reste bien souvent le seul à avoir de l'expérience sur le terrain qui soit l'objet d'un partage de pratiques et l'objet de formation continue avec ses collègues.

##### Visibilité

Si la visibilité de l'équipe d'aumônerie au sein de l'institution de soin demeure relativement restreinte au regard des soignants on observe qu'elle l'est tout autant dans le profil de fonction dressé par l'IFIC.

Comment montrer davantage l'importance d'une équipe d'autant que dans certaines situations, il n'est pas possible d'en former une (petite institution). Dans ce cas, il faut faire en sorte que certains accompagnateurs spirituels ne puissent pas être isolés, notamment dans des lieux où il n'y a pas de financement. Dans d'autres cas, il arrive qu'une seule personne soit

référéncée, notamment lorsque le travail se fait par service. Lorsque l'équipe est constituée, comment valoriser en son sein l'altérité et la communion ?

La traduction de l'outil « Indicateurs Spirituels » (*Spiritwijser en flamand*), va offrir une opportunité de soutenir la culture du *Spiritual Care* des institutions en Wallonie. Cela induira une nécessaire collaboration interdisciplinaire, cet outil pouvant jouer le rôle de tiers entre institutions et personnes de terrain (soignants et aumôniers) et plus largement (famille, proches, bénévoles).

#### **b. LA QUESTION DES COMPÉTENCES -VERS UNE AUMONERIE A DEUX VITESSES?**

On voit poindre la crainte de la part de certains bénévoles de se voir écartés au nom de la professionnalisation et de la différence de formation. L'accompagnateur spirituel se situe au croisement des questions éthiques, spirituelles, médicales : l'expertise est nécessaire. La seule bonne volonté ne suffit pas pour « débarquer » sur le terrain. Or, dans une équipe d'aumônerie hospitalière, généralement il y a des salariés et des bénévoles. Il est donc primordial de valoriser ce socle multidimensionnel en travaillant davantage sur les compétences de chacun (dont les compétences spécifiques des bénévoles non professionnels) tout en considérant les « compétences d'équipe » : collectivement l'équipe se doit d'être compétente grâce aux compétences de chacun. L'articulation doit être clarifiée ou mieux nommée (limites, champ propre, modalité du travail en commun).

Dans certain type d'institution, la terminologie est différente : on parle d'aumôniers en milieu hospitalier pour les professionnels formés, cependant parfois aussi pour certaines personnes formées à l'accompagnement spirituel mais qui travaillent bénévolement. Selon les lieux, on nomme « visiteurs de malades » les bénévoles des équipes d'aumônerie par exemple dans certaines maisons de repos et de soins.

#### **La question de la professionnalisation**

C'est un véritable défi, tant la disparité des profils est variée : de la personne bénévole à l'aumônier multi-diplômé. Il est nécessaire de professionnaliser sur des bases différentes, mais on ne peut réduire la professionnalisation à l'accumulation de diplômes. Il est proposé de réfléchir à des indicateurs au niveau du recrutement (hors diplôme) : quelles sont les compétences requises – « savoir-faire » et « savoir-être » et savoirs ? S'achemine-t-on en Belgique francophone vers un référentiel commun de compétences? À quoi être attentif : au charisme, aux valeurs, aux expériences de vie ? Quelle capacité d'écoute ?

On ne manquera pas de souligner l'importance de la réflexion théologique pour définir une voie dans la culture institutionnelle en milieu sanitaire. Il y a une tension entre la connaissance et l'attitude appropriée qui est nécessaire. On privilégiera dès lors un profil intégré : c'est-à-dire un futur accompagnateur spirituel bien formé, en mesure d'articuler les différents mouvements : le savoir être, la capacité d'écoute (à l'égard du patient, du soignant et autres) mais aussi la capacité à faire équipe etc. Enfin, l'aumônier a besoin d'avoir des connaissances plus larges que sa propre foi (y compris des autres religions) ce qui implique de mettre en place une formation pluridisciplinaire.

**Ne pas être neutre** signifie que l'accompagnateur spirituel a besoin d'avoir des connaissances plus larges que sa propre foi (y compris des autres religions). Les membres du think tank, en majorité, préfèrent pouvoir être situés dans leur foi (engagement et présence au chevet au nom de leur foi) mais dans la capacité d'entrer en relation et d'accompagner les demandes existentielles quelles que soit la foi des personnes, faisant le relai avec les autres référents religieux au besoin.

Il/elle doit aussi être en mesure de se situer face à « l'analphabétisme religieux », ou encore face une paupérisation du langage qui peine à exprimer l'attente spirituelle ou religieuse, par oubli ou par non formation.

**C'est surtout la compétence de l'équipe** qu'il faut viser. Le maintien des bénévoles dans les équipes est nécessaire. Ils ont leur raison d'être et représentent un apport bénéfique dans une équipe. Il est important de veiller à une complémentarité au sein même d'une équipe. Il importe donc que les bénévoles soient par la suite intégrés à la réflexion commune et puisse être au clair avec leur domaine de compétence spécifique.

**La question de la fréquentation eucharistique des AS** : la fréquentation eucharistique n'est pas un critère pour être AS catholique. Cela relève d'une certaine théologie. Le positionnement est discutable et demande des précisions d'importance : Est-ce une exigence ? Comment présenter la fréquentation eucharistique au sein des exigences en terme de compétences... ? Le confinement a aussi bouleversé cette problématique et demande une ample réflexion. Par ailleurs, généralement auprès de l'institution de soins, revêtir le sceau de la crédibilité (compétences) n'est pas l'ordre de la preuve de la pratique dominicale.

### C. UNE DOUBLE LOYAUTE A ASSUMER

#### LE REGARD DES SOIGNANTS

Face au regard des soignants qui ignorent la plupart du temps la double loyauté qui incombe aux accompagnateurs spirituels, une clarification de leur appartenance est parfois nécessaire. On pourrait parler d'identité mixte et d'identité croisée. Pour un regard extérieur, la question du rapport/mandat à l'Eglise peut paraître non pertinente (ou issue d'un autre univers). Les soignants insistent avant tout sur la notion de vigilance éthique comme fonction première de l'accompagnateur spirituel. Face à cette attente, le rôle de l'AS est d'accompagner la réflexion soignante afin que l'option préférable soit discernée ensemble, grâce au recul et éclairages de l'AS, pour offrir une orientation au prendre soin.

#### LE TROUBLE DE L'AUMÔNIER

Quand le soignant ne peut plus rien faire ... : l'aumônier ne doit-il être convié que dans les cas de fin de vie, à l'appel des soignants : « Je ne peux plus « rien faire », mais vous, vous pouvez encore quelque chose pour lui ... ». L'aumônier se sent ici partenaire du soin, dans ces moments de « passage ». Dans une société laïcisée, les questions sur « l'ailleurs » sont-elles devenues taboues au point de ne surgir qu'au moment où la vie est en danger ? Les représentants des cultes en sont-ils les seuls spécialistes ?

Les membres du Think tank pensent qu'une sensibilisation et visibilité de leur travail est nécessaire afin de changer de représentations sur ce point.

 **UNE TROISIÈME VOIE : « NOUS ÉTOUFFONS PARMIS DES GENS QUI PENSENT AVOIR ABSOLUMENT RAISON »<sup>9</sup>**

Partant de la réflexion de Paul Tillich sur le lien entre christianisme et culture, une troisième voie pourrait être envisagée fondée sur un triple socle : d'alliance, de rupture et de solidarité critique. Cette perspective multilatérale offre un maillage entre les différentes composantes à l'œuvre dans la prise en charge de la spiritualité à l'hôpital. Elle permettrait de saisir au plus près l'articulation avec cette double loyauté :

**L'intégration de l'historique d'un site.** Toutes les équipes ne partent pas du même niveau. Elles n'ont pas toutes la même force, ne sont pas également reconnues, ne comptent pas le même nombre d'aumôniers.

**La solidarité critique** peut être à la base d'une double interpellation : de l'AS par l'hôpital et de l'hôpital par l'AS ; L'aumônier se laisse interpeler par les questions inhérentes à la vie d'un hôpital ; par ailleurs, l'hôpital se laisse interpeller par la question de la spiritualité en ses acceptations et manifestations multiples (à partir de l'attention au malade et à son entourage).

**Un langage commun** : comment trouver/inculturer le langage commun que l'on définit ensemble ? à la fois de l'aumônier qui accepte de se laisser « déplacer » dans l'exercice de son mandat ; mais aussi de certaines institutions qui s'en tiennent à l'usage de la terminologie chrétienne *stricto sensu*. Or, la définition d'un langage commun pose la question de son inculturation dans chaque institution.

**Une posture équilibrée comme effort de courage au sein d'un pluralisme situé** (et non pas dans l'ordre de l'évidence).

**Un climat de confiance avec l'institution** est à instaurer afin de créer des lieux d'échange et en vue de coordonner les différents niveaux avec l'ensemble des acteurs en clinique. C'est ce devrait favoriser l'articulation des différents acteurs sur le terrain. A cet égard, la CIPSA a un rôle de plaque tournante à jouer, en collaboration avec les personnes de terrain mais aussi avec les personnes de la direction et leur apport propre.

 **LE QUESTIONNEMENT SUR LE RÔLE DE L'ÉGLISE S'IMPOSE À TRAVERS LA CLARIFICATION DU STATUT ET DES CONDITIONS FINANCIÈRES**

**Au niveau du statut**, le lien avec l'Église reste le nœud déstabilisant du processus de changement. Une interrogation demeure en effet sur le sentiment de désintérêt de l'institution ecclésiale au sujet de l'accompagnement spirituel : comment se fait-il que certaines autorités ecclésiastiques ne s'estiment pas concernées par les enjeux de l'aumônerie à l'hôpital, la renvoyant à « son problème ». Une réelle implication dans la réflexion est souhaitée pour qu'une dynamique de co-construction soit profitable : l'expérience de l'AS est une source de savoir pour l'Église ( le savoir-être en Église dite « de périphérie »). L'AS en milieu hospitalier représente un véritable laboratoire de présence ecclésiale aux prises avec

---

<sup>9</sup> Albert Camus



les réalités multiples et permet d'en retirer de multiples enseignements pour la présence pastorale plus largement (hors contexte de soin).

**La question du financement** doit être remontée surtout auprès des évêques : car le critère financier entre aussi en ligne de compte (offrir aux personnes une sécurité sociale etc.). Certains accompagnateurs spirituels ne sont pas payés par l'hôpital mais par l'évêché.

**L'enjeu du recrutement découle de ce qui précède** : il est souvent difficile de recruter des personnes à cause de la palette de compétences multiples exigées mais aussi du salaire proposé.

De nombreuses expériences similaires dans la Belgique francophone sont rapportées par les responsables d'aumônerie :

- Les candidats qui se présentent ne correspondent majoritairement pas au profil de poste
- Les critères financiers sont difficiles à justifier : pour un niveau de qualification idéal de type master en théologie la rémunération n'est pas même à la hauteur d'un graduat

Il serait intéressant de porter ce questionnaire à la connaissance des autorités ecclésiales pour évaluer leur connaissance de l'accompagnement spirituel en milieu hospitalier. Le groupe a clairement appelé à poursuivre ce travail dans cette direction.

#### D. ENTRER DANS L'ACCEPTABILITE DELICATE DE LA SOUFFRANCE

##### Le rapport à la mort

La question du rapport à la souffrance peut et doit être travaillée. L'aumônier peut ouvrir l'évocation de la souffrance dans un méta-langage, là où les soignants sont aux prises avec les soins au corps et le langage du corps. A cet égard, il est primordial d'exercer une vigilance particulière avant de permettre un travail d'accompagnement par des personnes hypersensibles. Le rapport à la mort est peu ou pas abordé, il demeure tabou et la crise du Covid a manifesté ce déficit avec une acuité particulière. L'hôpital est en manque de repères symboliques (c'est très net parmi le personnel soignant) et les aumôniers sont sollicités pour prendre en charge ce volet au niveau inter convictionnel et spirituel. C'est la grande question, le grand butoir, il y a des ressources symboliques qu'il importe de faire connaître, de rendre disponibles. Par ailleurs, toutes les souffrances ne peuvent être réduites à la fin de vie, le spectre est bien plus large.

##### L'accompagnateur spirituel n'est pas le sauveur

Il importe de prendre garde à ne pas cadénasser la question de la souffrance afin de pallier tout risque d'idéalisation de l'aumônier perçu ou attendu comme le sauveur ! Les biais avec lesquels le patient arrive ainsi que le risque de transfert inhérent à toute approche thérapeutique, il faut composer avec et s'en servir comme base de travail. Le cadre bienveillant n'exclut pas d'exercer des compétences sur les limites. Fragilité, démaîtrise et nécessaire attente sont des attitudes qui changent le rapport à l'immédiateté.

Jésus lui-même ne se dit pas médecin ; il n'entend pas légitimer sa mission par quelque geste spectaculaire. La théologie du samedi saint invite à revisiter l'impuissance de l'aumônier qui ne détient pas toutes les réponses à la souffrance indicible.

#### De l'impuissance à l'espérance

On pénètre ici la question de la vulnérabilité en tant que vérité de la condition humaine partagée par tous, et pas uniquement par celui qui fait l'expérience de la maladie. Un soin vise une finalité, implique une compétence et obéit à un protocole, des règles précises. Les aumôniers qui n'ont aucun pouvoir thaumaturgique peuvent être témoins que l'efficacité n'apparaît pas comme un droit mais comme quelque chose à espérer. Qu'est-il permis d'espérer à celui qui souffre ou qui est malade ? Comment l'espérance de vie au sens médical (pronostic vital, rémission, guérison) enrichit-elle l'espérance en la vie du côté existentiel et religieux ? Cette articulation est subtile et l'attitude requise par l'accompagnateur spirituel devrait être de l'ordre de la vigilance sacrée et de la confiance profonde à l'égard de la vie, dans cet espace de vie ténue.

#### **E. UNE RECONNAISSANCE/REVALORISATION POLITIQUE ?**

L'enjeu futur est de travailler au niveau fédéral pour optimiser le rôle des accompagnateurs spirituels. Il s'agirait dès lors de réfléchir à la création d'une association professionnelle des accompagnateurs spirituels. Sans doute faudrait-il s'atteler à écrire une nouvelle proposition de la circulaire De Saeger voire la remplacer.

### **B. POINTS D'ACHOPPEMENTS : LA RÉFLEXION COMMUNE N'A PAS ENCORE ABOUTI**

#### **a. LE TRAVAIL DE DEFINITION DE LA SPIRITUALITE**

La spiritualité doit-elle être hippocratisée ? Réfléchir aux multiples acceptions du spirituel en milieu de soins n'est pas si éloigné de l'ensemble des préoccupations pratiques et ce pour au moins deux raisons :

- ✓ Les définitions sont le reflet de la manière dont les soignants conçoivent la place du spirituel à l'hôpital ;
- ✓ Les définitions servent aussi à justifier, voire à légitimer les actions cliniques déjà mises en place par les professionnels du soin pour tenir compte de la spiritualité des patients dans la prise en charge de ces derniers. En somme, par le biais de définitions et d'état de la littérature aussi, il est possible de rendre saillant les choix et les stratégies qui président à l'intégration des ressources religieuses et spirituelles dans les soins :
  - Dans l'espace du soin
  - Dans le domaine du soin.

La question du langage demeure donc prégnante. Il ne s'agit certes pas de parler d'un même langage (risque d'hubris, totalitarisme etc.). Mettre en place un dialogue suppose l'identification des différences. Cela ne signifie pas vouloir brader, niveler par le bas, en spiritualité, tout ne se vaut pas. Privilégier le dialogue signifie avoir le souci de décoder, déchiffrer, traduire, interpréter, se rendre audible par tous.

## B. LA DENOMINATION : AUMONIER, ACCOMPAGNATEUR, INTERVENANT ?

Que signifie le terme d'aumônier ? Il faut du courage pour repenser ce terme, ce qui mène à retravailler aux fondations de l'aumônerie. La question terminologique n'aura finalement pas été franchement abordée au cours de ce projet. Sans doute parce que les acceptions du terme spirituel sont variables d'une langue à l'autre. En néerlandais par exemple, on préfère utiliser le terme « *geestelijk* » que le terme « *spiritueel* » qui existe aussi lorsqu'il s'agit de parler d'accompagnement spirituel. En effet le terme « *spiritueel* » pourrait faire penser à la fantasmagorie, aux trolls, au monde des esprits donc à des phénomènes bizarres et paranormaux. En allemand aussi l'accompagnement spirituel sera une « *geistige Begleitung* » et non une « *spirituell Begleitung* », parce que là aussi « *spirituell* » risque d'orienter vers une pratique peu engagée dans le concret de la vie.

D'emblée le modèle québécois et la nomination d'intervenant et intervenante en soins spirituels est refusé par les participants au think tank (voir *infra*). Ils ne souhaitent pas d'une aumônerie qui serait « externalisée » du giron ecclésial. En parlant de « soins spirituels » en Europe francophone, au vu des représentations majoritaires, on risque d'entrer dans une conception étroite, « spiritualiste » de l'accompagnement spirituel. Dès lors, comment partir de cette « définition négative » vers quelque chose de positif et d'objectivable ? Ce que les aumôniers de la santé, devenus en certains lieux accompagnants spirituels ou intervenants en soins spirituels, cherchent à offrir, c'est un accompagnement de la personne toute entière dans son expérience de la souffrance, de la maladie, de la finitude.

Cette comparaison permet de souligner l'importance pour les membres de ce think tank du partage d'une foi active. Ce qui n'est plus perceptible dans les nouvelles configurations québécoises par exemple. En Belgique, l'aspect communautaire de la foi est mentionné comme essentiel et les AS ne souhaitent pas réduire leur agir à une tendance aux « prestations » (techniques de soi, pratiques de méditation etc.).

Par ailleurs, trouver un accompagnateur compétent dans toutes les religions est mission quasi impossible, même en créant un diplôme spécialisé. Face à une réalité pluriconfessionnelle, il ne faut pas non plus nier le besoin du patient qui, à l'approche de la mort, attend une eucharistie, une confession, bref, une pratique rituelle (dans un établissement catholique), y compris en contexte pluraliste : d'où l'importance de ne pas supprimer les sacrements dans la mesure où en Belgique la demande est encore majoritairement catholique.

Des questions restent ouvertes et feront l'objet d'un approfondissement dans le groupe de réflexion fondamentale post think tank de la CIPSA :

- Comment définir l' « engagement objectivable » de vie d'Eglise : peut-on objectiver une telle mission ?
- Peut-on évaluer une vie de foi ?

### C. OUVERTURES : LA DISPONIBILITÉ À LA SPIRITUALITÉ DES SOIGNANTS, EN TANT QUE RÉALITÉ AGISSANTE

Au fil des années, des études ont permis de mettre en lumière que la question de la spiritualité est présente chez les soignants, même si elle s'exprime le plus souvent de manière implicite ; en contexte sécularisé, le premier mot qui vient à l'esprit est la « pudeur ». Quelles que soient leurs convictions personnelles, les soignants s'accordent généralement sur la nécessité de prendre en compte la dimension spirituelle et/ou religieuse des patients qui leur sont confiés.

Il serait intéressant de s'interroger sur la « double loyauté » que les soignants pourraient éprouver : la conviction personnelle pourrait ressembler à une forme de transgression, opposée à leur déontologie professionnelle. Pour d'autres, il y a une influence implicite qui se traduit par des « valeurs », par des « manières d'être », par le « dialogue » avec l'autre, par l'aide qu'elle apporte face aux « difficultés », et l'apaisement qu'elle procure. Sans doute aussi par une interrogation sur l'origine de la vocation soignante.

A l'issue de notre étude, il nous paraît nécessaire de questionner, par-delà la perception qu'ont les soignants du service d'aumônerie<sup>10</sup>, leur propre rapport à la spiritualité en tant que ressource précieuse dans l'activité soignante : ressourcement pour soi-même, mais aussi tension éthique et vocationnelle, tension entre le soin du prochain et le soin de soi-même. Une telle réflexion commune permettrait de valoriser la compétence de l'accompagnateur spirituel auprès duquel le soignant pourrait « décharger » les tensions multiples qui l'habitent, « déléguer » la prise en charge spirituelle du patient et se maintenir dans une « juste distance » sans pour autant aseptiser la relation soignante ni être sur la défensive. La spiritualité ainsi comprise permettrait au professionnel de la santé de s'engager dans le travail du soin (source) et ce qui aide à « tenir bon » et à « rester bon » (ressource).

La mission de l'aumônier est aussi et au moins autant à destination de l'équipe soignante pour l'aider également à ne pas perdre de vue la personne soignée, dans son intégralité, avec tout ce qui fait sens pour elle. L'enjeu est que chaque membre de l'équipe soignante puisse demeurer profondément humain dans sa manière d'approcher le patient.

### III. CONCLUSION : COMMENT CÉLÉBRER LA COMPLÉTUDE DE LA PERSONNE ?

Alors que la médecine scientifique ambitionne de plus en plus d'être une médecine personnalisée, c'est-à-dire une médecine de précision et stratifiée, la dimension spirituelle invite à entrer dans une démarche de sollicitude de la personne malade comme l'horizon du soin. Prendre en charge un malade ne viserait pas alors rajouter des strates supplémentaires (des valeurs, son système), mais à le retrouver comme personne plutôt que de le considérer comme un patient : le soin deviendrait personnalisant.

L'aumônerie pourrait être une sorte de vis-à-vis, une sorte de garde-fous suscitant une vision du « système de soins » et les parcours personnalisés qu'il institue, moins comme un parcours standardisé (avec une approche caricaturale et fonctionnelle du spirituel) mais comme un

---

<sup>10</sup> Cela a été réalisé au cours d'une enquête, voir chapitre 2. et annexes.

processus où la personne est actrice (*empowerment* que décrit Jobin) de l'expérience spirituelle qui se vit : à ce titre, la figure de Job, l'éprouvé et l'ébranlé spirituellement en amont de la représentation confessionnelle, symboliserait le cheminement de la personne souffrante. Job dans son tourment retrouve la puissance présente de la vie, qui reconnaît la vie en lui comme un enjeu d'existence.

L'accompagnateur spirituel peut être témoin que seule une approche analytique ne suffit pas qui tendrait à isoler les besoins spirituels du malade. Le soin comme expérience spirituelle entend mobiliser la dimension intégrale de l'existence, qui ne s'oppose pas au soin nécessairement efficace, mais à la réification des protocoles qui formalisent cette efficacité. L'accompagnateur spirituel devient alors un aidant dans la recherche d'une logique intégrative, qui invite à vivre la continuité de soi dans la discontinuité des soins. Ces dualismes ne sont pas des facilités si on les pense justement moins comme des dualismes que comme des tensions à habiter, et le véritable défi pour l'accompagnateur spirituel est de les féconder, à travers l'invention d'une relation toujours nouvelle au cœur de la relation de soin. Quel que soit le soin apporté, le patient est rencontré sans sa globalité, son intégralité.

La parabole du Bon Samaritain est emblématique pour le travail qu'ont à mener les aumôneries du secteur de la santé. Elle montre, par-delà l'enjeu du soin et de la thérapeutique, l'importance de l'attention, de la délicatesse, de la générosité. Elle suggère la nécessité de soigner tous ceux qui souffrent sans distinction et donc d'accompagner spirituellement tous ceux qui, au cœur de la souffrance, appellent à ce que cette dimension fondamentale de leur humanité soit entendue et accompagnée. Elle est complétée par le verset de la parabole du jugement dernier : « J'étais malade et vous m'avez visité ». Ces mots du Christ et la notion de « visite » indique qu'il est toujours un au-delà du soin toujours matériel, une dimension gratuite, une rencontre qui par essence est spirituelle.

#### **IV. LA FORMULATION DES MANDATS POUR CIPSA-UNESSA**

Laboratoire de fraternité en un pluralisme situé, l'aumônerie en institution hospitalière et extra-hospitalière est un service ouvert à tous, dans le respect des convictions de chacun.

L'accompagnateur spirituel est à la fois généraliste du spirituel et expert de sa tradition, au sein d'un contexte sécularisé et pluriconfessionnel. Tissant du lien social, il/elle cultive les aptitudes à saisir les nuances d'utilisation des référents religieux adéquats dans la culture ambiante. Présence pour tous - soignés, familles, soignants et personnel de la santé - dans l'institution hospitalière, il/elle assume un rôle de relais vers les autres traditions et la laïcité, ainsi que le rôle de vigilance éthique. Tourné vers autrui, il/elle est capable d'entrer en relation avec un patient ou une famille, en étant conscient de sa propre dynamique de vie spirituelle et l'aide à ouvrir cet espace.

S'inscrivant dans l'économie du don du temps, sa capacité d'écoute – y compris des silences – et ses qualités humaines, ainsi qu'une formation adéquate constituent les caractéristiques fondamentales de son intervention. La liberté de l'accompagnateur spirituel est essentielle, mais il/elle doit s'accorder au travail fait par les soignants d'une part, et avoir conscience de

ses limites, d'autre part. S'il/elle ressent par empathie ce que le patient exprime, il/elle ne l'exprime pas à sa place, et sait trouver la juste distance. Par le dialogue, le regard, la présence, l'imagination créatrice et le talent à rendre visible ce qui surgit du sens, l'accompagnateur spirituel rend compte de l'espérance, tout en étant soumis à l'ordre éthique et à l'ordre de la vigilance sacrée.

Entrer dans une équipe d'aumônerie de la santé signifie pour l'accompagnateur spirituel la responsabilité de « faire équipe » et de développer des compétences professionnelles. Plus encore, il cherche à valoriser la dimension de la vie de cette équipe d'aumônerie de l'institution dans laquelle il/elle est appelé à servir, et cherche à promouvoir la capacité à s'améliorer ensemble. Lorsqu'un/une accompagnateur spirituel est recruté, il lui faudra intégrer l'historique du site hospitalier sur lequel il/elle sera appelé à œuvrer, tout en contribuant à l'interdisciplinarité. Assumant sa propre identité chrétienne, il/elle participe et enrichit l'identité institutionnelle par sa présence et son action, à travers un langage intuitif et compréhensible par tous. L'accompagnateur spirituel est le témoin et le veilleur d'une dimension qui traverse l'ensemble des soins et des acteurs qui y opèrent.

Dans un paradigme hospitalier hyper-compétitif entre les professions, chacune d'entre-elles devant prouver son efficacité, l'accompagnateur spirituel peut miser sur sa posture originale, non-directive et étrangère aux perspectives « productivistes » pour faire valoir sa spécificité professionnelle. Dans le brouhaha des évidences, en toutes circonstances et à la faveur de tous, il/elle offre une force fragile se laissant inspirer par ce que patients et soignants disent d'eux-mêmes.

### Résumé

Présence pour tous au sein de l'institution de soins (soignés, soignants, directions et CA- quel que soit leur spiritualité/religion), l'accompagnateur spirituel assume un rôle de relais vers les autres traditions et la laïcité. Au service de la dignité de la personne, il/elle témoigne que la dynamique spirituelle est possible dans l'espace du soin, soumis aujourd'hui à des pressions multiples au service d'une performance et rentabilité accrues. Dans ce contexte, l'aumônerie est un lieu d'hospitalité gratuite dont chaque membre de l'équipe prend le temps nécessaire de découvrir et utiliser au mieux les ressources spirituelles, pour cheminer avec tous ceux qui croisent la réalité de l'institution de soin. Répondant de l'Église qui l'envoie et de l'institution qui l'emploie, l'accompagnateur spirituel assume sa propre identité chrétienne. Il/elle participe et enrichit l'identité institutionnelle par sa présence et son action, à travers un langage intuitif et compréhensible par tous. Cherchant à restaurer du sens dans les moments de souffrance, il/elle offre une force fragile, en se laissant inspirer par ce que patients, familles et soignants disent d'eux-mêmes.

### 2 phrases

Idéalement mandaté par l'Église et par l'institution sanitaire, l'accompagnateur spirituel est un veilleur et témoin agissant de l'expérience spirituelle, au cœur de l'institution de santé qui l'emploie ou l'accueille. Formé à cette mission, il/elle ouvre un espace pour que la vie spirituelle des patients, des familles et des soignants puisse se déployer dans le respect des

convictions de chacun, tout en puisant de façon créative dans le trésor symbolique hérité de sa propre tradition.

## CHAPITRE 2 : PROCESSUS DU THINK TANK CIPSA / UNESSA / RESSPIR (MARS 2020 – MAI 2021)

Quelle est la place de l'accompagnement dans l'institution de soin ? Voilà quelle a été la question à laquelle ont tenté de répondre en partenariat avec le RESSPIR, l'UNESSA et la CIPSA, de manière séparée puis conjointement pendant quinze mois, entre mars 2020 et mai 2021. Comme le dit Colette Odier (aumônière protestante pendant plus de quarante ans en Suisse), il s'agit d'un « accompagnement en mouvement », qui implique de prendre en compte l'histoire de l'aumônerie, tout comme de capitaliser les expériences en vue du futur, en tenant compte des réalités nouvelles, notamment la sécularisation et la pluralisation du phénomène religieux. C'est pourquoi la démarche du *think tank* aura impliqué de respecter les tensions et les peurs engendrées par le changement à l'œuvre, ce qui ne fut et n'est pas une mince affaire. Sachant que cette nouvelle donne a été revisitée comme bousculée à l'aune de la crise sanitaire que la société dans son ensemble comme plus spécifiquement les institutions de soin continuent de traverser. Quelle que soit l'opinion que l'on a au sujet du traitement de cette crise, elle vient percuter au niveau sanitaire, économique et social, spirituel aussi, les conditions d'exercice de l'aumônerie, et les discussions qu'on le veuille ou non, auront été impactées par ce sujet.

L'aumônerie catholique étant une cellule d'Eglise dans l'institution de soin, le deuxième objectif de cette formation invitait les participants également à oser partager avec les autorités ecclésiales une volonté d'être un lieu de réflexion qui étudie et pratique de nouvelles formes de pensée et d'organisation.

La crise du Covid 19 accentué la nécessité de se situer : elle a invité aussi à considérer les conditions actuelles de la pratique des équipes d'aumônerie (mises en lumière aussi par les « deuils compliqués » et les multiples situations où les aumôniers ont représenté une véritable interface entre la famille et les patients). Plusieurs axes prioritaires d'analyse sont apparus d'emblée :

- La sécularisation (et précarisation du langage) / Le pluralisme spirituel et religieux / Une société en mutation
- La mobilisation des catégories : communauté de foi /périphérie / institution
- Les dynamiques de changement et d'évolution : quelles sont les ressources du christianisme pour penser le changement ?
- Certaines institutions sont à un moment charnière, à composer en fonction de leur histoire propre avec un travail de mémoire à opérer du lieu.

C'est une réflexion menée sur quinze mois : bien entendu, il y avait urgence et en même temps, nécessité de s'inscrire dans le temps long : c'est-à-dire de prendre le temps nécessaire pour convoquer de tels changements et accepter d'apprendre en marchant, les mains dans la pâte et ce, malgré les inévitables vents contraires.



## 2 mars 2020 : réunion UNESSA

La réunion s'est déroulée en deux temps :

### 1. Etat des lieux :

Les membres de l'UNESSA présents ont eu à dresser un état des lieux des institutions de la santé aujourd'hui : comment les situer à partir de l'utilisation de l'outil SWOT : *Strength / Weakness / Opportunities / Threats*) permettant d'identifier :

- Les forces et faiblesses en interne
- Les opportunités et menaces du contexte actuel

### 2. Enjeux du projet du travail commun UNESSA CIPSA RESSPIR

Brève présentation de l'histoire du lien entre le christianisme et les institutions de soin. Avant d'envisager où aller, il est important de savoir d'où l'on vient.

Il s'agit d'une invitation à :

- penser un changement de paradigme :
  - d'une présence ecclésiale dans les établissements sanitaires à une sécularisation du religieux accompagnée d'une réappropriation de la spiritualité par le monde biomédical.
  - d'une pratique ecclésiale centrée sur les sacrements et les rites à une ouverture aux questionnements que la société apporte : mutation de l'accompagnement spirituel.
    - réfléchir à la manière de l'aborder : comment amorcer/penser/vivre ce changement de paradigme ?

## 6 mai 2020 : Présentation du projet lors d'une réunion de la CIPSA

## 19 juin 2020 : Réunion avec des représentants de CIPSA\_UNESSA\_RESSPIR

- Déclinaison de la temporalité du projet
- Prise en considération de la crise sanitaire où le COVID vient mettre en lumière les forces et difficultés de l'aumônerie aujourd'hui, accentuant le déjà existant. Toutefois, le projet ne peut être rivé à cette expérience non plus.
- Détermination des participants au projet : chaque diocèse envoie des personnes disponibles pour cela, prêtes à s'engager pour être présent lors des séances et à travailler entre chacune.
- Objectifs :
  - Formuler la mission aujourd'hui de la pastorale de la santé en milieu de soin  
Mission/changement point de départ
  - Poser la problématique
  - Comment se dire aujourd'hui ?
  - Présentation d'une comparaison entre différentes manières de nommer la mission de la pastorale de la santé (travail comparatif pour aider le discernement en nommant les différences de positionnement)

## 29 juin 2020 – Réunion CIPSA

Méthodologie et calendrier pour réfléchir à l'avenir de l'accompagnement spirituel et religieux dans les institutions de soin.

### 30 juin 2020 – Réunion UNESSA (voir le PP)

Poursuite de la réflexion entamée en mars concernant la mutation de l'accompagnement spirituel dans les institutions.

- Analyse du contexte réalisé en amont
- Détermination des objectifs de travail : priorités et moyens que les participants souhaitent mettre en œuvre pour y parvenir.
- Proposition méthodologique : un travail à plusieurs sur une théologie hospitalière
- Calendrier pour l'année 2020-2021.
- « Travail d'été » envoyé aux participants afin qu'ils mènent une réflexion sur l'aumônerie de demain telles qu'ils la rêvent ou la dessinent, à partir de l'état de l'art :
  - o Comment maintenir nos forces ?
  - o Comment compenser nos faiblesses ?
  - o Comment saisir les opportunités ?
  - o Comment réagir aux risques/menaces ?

### 07 septembre 2020 – Réunion CIPSA (voir le PP)

Cette première réunion visait à nommer les objectifs prioritaires. Une synthèse est envoyée en amont de la prochaine rencontre, où les participants sont appelés à faire preuve de créativité, tout en procédant à une introspection leur permettant de nommer forces et faiblesses.

### 15 septembre 2020 – Réunion UNESSA

Poursuite de la réflexion concernant la mutation de l'accompagnement spirituel dans les institutions.

- Résumé du « travail de vacances » à partir des réponses reçues :
  1. le service d'aumônerie ;
  2. les réflexions à mener ;
  3. le lien à l'institution ;
  4. le lien avec les soignants ;
  5. le lien avec les autres religions et spiritualités ;
  6. le lien avec l'international et les autres institutions.
- Intégration de deux membres de Spiritual Care dans le processus de réflexion
- Définition des objectifs de travail, des priorités et des moyens que les représentants souhaitent mettre en œuvre pour y parvenir : catégorisation entre ce qui est urgent et important.
- Début de la réflexion sur les différents modèles d'intégration possible du service d'aumônerie dans les institutions.
- Questions à travailler pour la prochaine séance à partir des présentations et du débat :
  - o Comment cela résonne dans nos pratiques ?
  - o Comment cela résonne dans nos lieux ?

### 17 novembre – Réunion UNESSA

Poursuite de la réflexion à partir « d'un bateau qui coule » : la question, de la double loyauté est largement abordée.

### 3 décembre 2021 - Réunion RESSPIR – CIPSA - SPIRITUAL CARE - UNESSA

1. Présentation du travail mené par la Commission pastorale d'UNESSA. Débat.


2. Il est décidé que chacun des membres de la CIPSA fournirait un travail de réflexion pendant le congé de Noël ciblé sur la mission : craintes/désirs et rêves pour la pastorale de la santé demain :

- **Quels sont vos craintes face à l'avenir** (d'ordre économique, de reconnaissance, de statut, de latitude dans l'action, de conception de l'aumônerie, etc...) ? (1 demi-page)
- **Quels sont vos rêves pour l'aumônerie de demain... ?** (1-2 pages)
- **Et vous, en tant qu'acteur de la pastorale, comment apporter votre créativité propre ?** (1 page)
- **Si vous aviez à traiter une de ces questions en sous-groupe, par laquelle seriez-vous partant de faire un travail de fond avec vos collègues ?**

- Le souci de l'âme : est-ce l'affaire de tous ? Quelle adaptation de l'institution aux « besoins » spirituels ?
- Quelle est la place du service pastoral dans l'offre de soins globaux, entre Identité, professionnalisation et défis ?
- De l'intégration (à l'accompagnateur spirituel de s'intégrer) à l'inclusion (l'institution en reconnaît la pertinence) : comment à votre avis coordonner les différents niveaux pour œuvrer à un dialogue avec l'ensemble des acteurs en clinique ?
- Quelles pistes éventuelles auriez-vous à proposer pour travailler le profil de fonction (mandat donné par l'institution) et le lien avec la direction/CA ? Comment assumer cette « double loyauté » ?
- Comment participer à la culture et l'identité institutionnelles ? Parler un même langage est-ce utopique ?
- Quelle communication, quelle visibilité, quelle accessibilité pour que tous (patients mais aussi équipe psycho-médicale) soient informés et puissent avoir accès aux services de l'aumônerie ? Quels relais avec les équipes soignantes ?
- La crise du Covid provoque certains déplacements (tout comme elle convoque un positionnement éthique et anthropologique) : qu'est-ce qui, au cours de ces derniers mois, vous a le plus surpris ? Interrogé ? Choqué ?
- Considérez-vous que vous participiez à une tâche prophétique ? La spiritualité telle qu'elle se décline aujourd'hui peut-elle être un vecteur d'humanisation des établissements de soin et des relations soignantes qui s'y nouent ? Avez-vous imaginé de nouveaux rites ?

3. Il est par ailleurs demandé aux membres de la commission pastorale UNESSA un travail à partir d'un récapitulatif des thématiques qui ont été jugées urgentes et importantes à traiter concernant la place de la spiritualité dans les institutions de soins. Afin de se répartir le travail entre « institutions » (la CIPSA et la commission pastorale UNESSA), la question fut de réfléchir à « qui peut faire quoi » :
- Au niveau des instances (ex. : la CIPSA prend en charge la question de l'identité)
  - Au niveau des personnes (ex. Question du lien « institution/identité » et je suis prêt à soumettre ma réflexion, base d'un travail commun).

Chacun a été invité compléter en vue d'une synthèse permettant d'avoir une vision pour savoir si certains membres sont prêts à travailler des points plus particuliers. Enfin, cela devait permettre de clarifier questions qui sont plus du ressort UNESSA de celles qui relèvent davantage de la CIPSA.

Synthèse – urgent et important		
	Urgent et important	Réflexion à mener par
<b>Service d'aumônerie</b>	Travail sur l'identité (statut, mission, présentation)	
	De là découlent la formation et la professionnalisation à penser/repenser	
	De ces 2 points découle le cadre légal à faire évoluer	
<b>Réflexions à mener</b>	Travail à mener au niveau théologique (identité chrétienne)	
	(Connaissance de l'expertise des catholiques dans le domaine de l'accompagnement spirituel et religieux) De là découlent une réflexion sur la définition de la spiritualité et un travail sur les préjugés et aprioris	
<b>Liens avec l'institution</b>	Parler un même langage	
	Participer à la culture et l'identité institutionnelle	
	Travailler le profil de fonction (mandat donné par l'institution) et le lien avec la direction/CA	
	De là découlent la place dans l'organigramme, la communication et la visibilité, la question du passage dans les chambres	
<b>Liens avec les soignants</b>	Se faire connaître et travailler ensemble	
<b>Liens avec les autres religions/spiritualités</b>	Connaissance des autres religions/traditions pour mieux connaître les besoins des patients	
	Liens à entretenir avec les autres religions/traditions	
	Place faite aux autres convictions dans l'institution	

25 janvier - Réunion RESSPIR – CIPSA - SPIRITUAL CARE – UNESSA

Cette rencontre s'est déroulée en deux temps à partir de la synthèse des remontées du questionnaire et qui laissait émerger une tension se manifeste dans le monde des soins autour de la manière dont est envisagée la prise en soins de la spiritualité (voir en PJ).

- Un travail commun autour :
  - Des aspirations de chacun : synthèse à partir des réponses reçues.
  - Des organismes susceptibles de piloter les réflexions urgentes et importantes qui ont été mises en évidence.
- Un travail en sous-groupes autour des thématiques et axes que les participants au projet commun ont jugé importants d'approfondir selon les répartitions suivantes :

1. Le souci de l'âme : est-ce l'affaire de tous ? Quelle adaptation de l'institution aux « besoins » spirituels ?
2. La crise du Covid provoque certains déplacements (tout comme elle convoque un positionnement éthique et anthropologique) : qu'est-ce qui, au cours de ces derniers mois, vous a le plus surpris ? Interrogé ? Choqué ?
3. Quelle est la place du service pastoral dans l'offre de soins globaux, entre Identité, professionnalisation et défis ?
4. Quelle communication, quelle visibilité, quelle accessibilité pour que tous (patients mais aussi équipe psycho-médicale) soient informés et puissent avoir accès aux services de l'aumônerie ? Quels relais avec les équipes soignantes ?
5. De l'intégration (à l'accompagnateur spirituel de s'intégrer) à l'inclusion (l'institution en reconnaît la pertinence) : comment à votre avis coordonner les différents niveaux pour œuvrer à un dialogue avec l'ensemble des acteurs en clinique ?
6. Quelle communication, quelle visibilité, quelle accessibilité pour que tous (patients mais aussi équipe psycho-médicale) soient informés et puissent avoir accès aux services de l'aumônerie ? Quels relais avec les équipes soignantes ?
7. Comment participer à la culture et l'identité institutionnelles ? Parler un même langage est-ce utopique ?
8. Quelle est la place du service pastoral dans l'offre de soins globaux, entre identité, professionnalisation et défis ?

### Entre février et mars 2021

Il est décidé d'alimenter la réflexion du groupe au départ de deux textes :

- Québec : ECS Santé<sup>11</sup>
- CEF (France)
- Référentiel d'emploi et de compétence (CHUV)

### 22 mars 2021

- A partir des lectures mentionnées ci-dessus les participants, réunis en sous-groupes, ont discuté autour des trois points de vue :
- Les grandes idées ont été ressaisies selon deux grandes catégories :
  - Ce qui concerne la définition (provisoire) de la mission de l'Accompagnateur spirituel
  - Ce qui pourrait découler de cette définition de fonction

Le but de ce travail : arriver à une formulation provisoire de la mission de l'aumônier.

Dans un contexte sanitaire à nouveau difficile, les participants ont été ensuite missionné sur le terrain, avec un canevas de questions en vue d'interpeller un patient (au moins 1) et un soignant (au moins 1) :

1. Comment me vois/perçois-tu en tant qu'accompagnateur spirituel ?
2. Comment réagirais-tu si mon rôle était défini de la sorte : cf. définition provisoire ci-dessous (et en détail dans le doc. Word « Synthèse provisoire ») :

La mission de l'AS pourrait être résumée en quelques phrases clés :

---

<sup>11</sup> Au Canada : 2 pôles de formation (qui sont très similaires au niveau des contenus) qui sont en tension :

- AICS (Association des intervenants en SS) de Montréal : + complexé par rapport à la religion ; très politique et syndicaliste.
- ECS Santé au Québec : lié à l'université de Laval ; + décomplexé par rapport à la culture chrétienne ; lien avec la chaire « ex-Jobin ».

- ✓ Un accompagnement spirituel ET religieux vécu en interdisciplinarité
  - ✓ Une présence pour TOUS
  - ✓ Une double loyauté : Église/institution
  - ✓ Autres : une vigilance éthique dans l'institution, un travail d'équipe, etc.
3. Est-ce que tu estimes que mon rôle est marginalisé, moins important que le tien/que celui d'un soignant, aussi important que le tien/que celui d'un soignant ?
  4. Est-ce que tu considères que l'accompagnement des personnes (dans un horizon de sens) relève de la compétence d'un accompagnateur spirituel ou est-ce que tu estimes que cela relève également de ta compétence/de la compétence d'autres professionnels de la santé ? En d'autres mots, est-ce que tu estimes que l'accompagnateur spirituel a une compétence particulière ou est-ce que tu penses que cette compétence est également de ton ressort/du ressort d'un autre soignant ?

Comme énoncé lors de notre réunion, il a été demandé aux personnes envoyées enquêter sur le terrain d'oser la « confrontation » avec des personnes qui sont peut-être moins à l'aise avec l'accompagnement spirituel.

#### Du 15 au 31 mai 2021 : Thérèse et Sophie font la synthèse

- Des formulations provisoires qui ont été énoncées quant à la mission de 'l'aumônier
- Des réponses aux questions adressées aux soignants.

#### 30 mai 2021 - Réunion RESSPIR – CIPSA - SPIRITUAL CARE - UNESSA – reformulation de la mission

A l'issue d'un travail en sous-groupe, autour de trois questions autour du bilan du *think-tank* :

- Que trouve-t-on essentiel à garder ?
- Qu'est-ce qui est encore en attente, qui m'a ébranlé ?
- Qu'est-ce qui manque dans la définition ?

Il a été acté la reformulation de la mission de l'aumônier, sachant que ce travail sera présenté aux directions. Les chantiers ouverts sont nommés (voir PP 31052021).

#### Juin – septembre 2021 : Enquête auprès des directions

Au départ de la reformulation de la mission des aumôniers, un retour est fait auprès des directions et les sollicite pour une petite enquête en ligne.

- On leur donne le cadre : travail mené par Cipsa et cie et la reformulation de la mission + présentation des outils du Spiritual Care.
- Comment ça fait écho en eux ?

Objectif : On communique avec les directions ; on fait lien ; ils se positionnent.

## Chapitre 3 : ANALYSE COMPARATIVE CANADA – SUISSE – FRANCE

### I. QUÉBEC

#### DU SERVICE CONFESIONNEL D'AUMONERIE, RATTACHE A LA DIRECTION GENERALE, A UN SERVICE DE SOINS SPIRITUELS DEPENDANT DU MINISTERE

Depuis le début des années 1970, l'accompagnement spirituel en contexte de soins de santé québécois vit de profondes transformations. Celles-ci visent à adapter ce service à la sécularisation progressive de la clientèle desservie et des institutions sanitaires elles-mêmes.

C'est ainsi que les aumôniers d'hôpitaux du Québec se sont renommés en 2006 « intervenants en soins spirituels » (ISS) et se sont regroupés dans l'Association des intervenants et intervenantes en soins spirituels du Québec (AISSQ).

Les résultats d'une recherche qualitative inductive de 2011 à 2016 auprès de 23 intervenant-e-s en soins spirituels (ISS) aux profils variés, ont montré que les ISS du Québec développent actuellement une pratique particulière qui vise à les distinguer des autres intervenants et à accompagner. Au terme d'une analyse de contenu validée par un grand nombre d'ISS, il apparaît que la spécificité des pratiques d'interventions spirituelles est ainsi caractérisée par l'accompagnement du développement du pouvoir d'agir (*empowerment*) chez la personne<sup>12</sup>. Par la notion d'*empowerment*, que l'on peut traduire en français par « développement du pouvoir d'agir » on entend généralement « la possibilité pour les personnes ou les communautés de mieux contrôler leur vie ». Au Québec, Le Bossé (2012, 2016) décrit l'*empowerment* comme un processus qui consiste à s'affranchir d'une situation d'impuissance. Incidemment, cette expression est devenue très importante en santé et services sociaux, notamment depuis la Charte d'Ottawa (1986), car elle reconnaît le potentiel bénéfique pour la santé de la capacité d'un individu à agir de façon indépendante dans l'exercice d'un choix. Selon Guttiérrez (1995), l'*empowerment* est à la fois individuel, interpersonnel et social.

#### A. L'ABSORPTION DU SERVICE D'ACCOMPAGNEMENT SPIRITUEL ET LA DISPARITION DES GARDE-FOUS

Parmi les transformations qu'a connues l'accompagnement spirituel dans le réseau québécois de la santé, celui du **rattachement organisationnel du service d'accompagnement spirituel est un des plus significatifs**. En quarante ans, **l'inscription organisationnelle de l'accompagnement spirituel en établissement de santé est passée d'un service**

---

<sup>12</sup> Jacques Cherblanc, Guy Jobin (2020)

**confessionnel d'aumônerie, rattaché à la direction générale, à un service de soins spirituels le plus souvent intégré à la Direction des soins multidisciplinaires (DSM).** Avec l'entrée en vigueur des Orientations ministérielles (MSSS, 2009) via la signature des conventions collectives dans le secteur de la santé en 2011, **le service de soins spirituels est devenu officiellement non-confessionnel.** Dans plusieurs établissements, ce déplacement dans l'organigramme organisationnel fut accompagné d'une sorte d'« **absorption** » **du service,** c'est-à-dire d'une perte de la relative autonomie administrative et budgétaire dont le service bénéficiait jusqu'alors, lorsqu'il dépendait d'un mandat diocésain.

Même s'il est encore bien présent dans les établissements québécois, le service de soins spirituels n'en vit pas moins une **situation de précarité.** Les facteurs qui causent cette fragilité institutionnelle sont nombreux, mais **il est clair que le contrepois qu'offrait l'inscription de l'accompagnement spirituel dans un cadre confessionnel – ce dernier étant soutenu par une culture religieuse commune** qui, maintenant, ne l'est plus – n'a plus d'effet depuis 2007-2010. Les appuis religieux à la (toujours !) relative autonomie des services spirituels face à une certaine logique technoscientifique et bureaucratique de l'établissement sanitaire ayant disparu, **la régulation des soins spirituels bascule du côté des normativités propres à l'institution sanitaire. La légitimité et la pertinence de la présence des soins spirituels dans l'établissement doit donc s'établir sur d'autres appuis** et se justifier autrement.

## **B. L'ISS LUI-MÊME QUI IDENTIFIE UN BESOIN SPIRITUEL : DES INTERVENTIONS VARIÉES ET DIVERSIFIÉES**

L'analyse montre une importante cohérence entre les références formulées par les soignants et ce que les ISS identifient eux-mêmes comme un besoin.

Derrière un discours volontairement contestataire de l'utilitarisme et de l'uniformisation des pratiques hospitalières actuelles, les ISS ont donc bien des visées qui orientent leurs pratiques professionnelles. Ces objectifs peuvent se résumer à **l'instauration d'un lien de confiance avec la personne,** pour amener celle-ci à s'approprier ses ressources bio-psycho-sociales et en particulier spirituelles, tout cela dans le but de lui permettre d'affronter le plus paisiblement possible la souffrance. Pour atteindre ces objectifs, les ISS élaborent **des interventions individuelles** (ou plus rarement collectives), auprès des patients comme de leur famille ou du personnel soignant. Chaque milieu d'intervention étant différent (hospitalisations plus ou moins longues par exemple), chaque personne étant différente **les ISS insistent beaucoup sur l'aspect très varié et diversifié de leurs interventions spirituelles.**

**Les ISS partagent aussi une posture commune,** qui devient le cœur de leur pratique : **l'accompagnement.** L'objectif, c'est toujours l'accompagnement.

## **C. L'ISS, MÉDIATEUR ET EXPERT DU « FAIT RELIGIEUX » À L'HÔPITAL**

Les pratiques religieuses et largement catholiques constituent un problème selon les ISS participants à l'enquête : paradoxalement, alors qu'ils considèrent que leur pratique devrait



s'affranchir de la religion et de l'ancien travail d'aumônier, pour se concentrer sur l'accompagnement spirituel, plusieurs reconnaissent que la religion constitue finalement leur seul « domaine réservé » à l'hôpital. **Les ISS sont ainsi par exemple des intervenants privilégiés lorsque la religion pose problème dans le soin** : « Les infirmières ne savent pas quoi répondre quand les gens ont des objections religieuses avec Dieu [concernant la fin de vie ou une IVG]. Je suis un peu la personne pour rencontrer les gens à ce moment-là ». **La religion constitue donc le champ d'expertise** des ISS reconnu par l'ensemble des autres soignants.

#### *Un regard critique sur une spiritualité normée*

Plusieurs ISS expriment des critiques envers l'AISSQ (Association Intervenants en soins spirituels du Québec) qui selon eux, force l'intervention spirituelle à s'inscrire dans le paradigme biomédical, dans un but de reconnaissance interdisciplinaire, mais aux dépens des particularités de la spiritualité. L'objectif de l'intervention de l'ISS est que la personne s'approprie la direction de l'intervention et réalise quelles forces et capacités l'habitent.

#### *Un champ d'action bigarré et concurrentiel*

**La pratique des ISS est marquée par une grande diversité** de clientèles, de contextes, de modalités, d'objectifs et d'outils. Toutefois, en plus de cette diversité, il apparaît que les pratiques d'intervention spirituelles apparaissent très proches de celles des autres intervenants psychosociaux. Ainsi et bien qu'ils s'en défendent, les ISS n'ont pas le monopole de l'écoute active, du coaching ou de l'accompagnement silencieux. Plus inquiétant même pour la profession d'ISS, tous ces autres intervenants répondraient sans doute aussi qu'ils s'occupent aussi du sens, de la socialisation de la personne, de ses croyances, etc., bref de sa spiritualité. C'est une dimension du soin que tout intervenant doit à présent considérer et sur laquelle il existe même des injonctions d'action professionnelle.

#### *Une pratique spécifique*

1. **Le temps** constitue la première caractéristique distinctive du travail des ISS. Là où les autres professionnels sont débordés avec des mandats très précis et ponctuels, ISS y accordent une grande importance au temps donné et en font le critère principal qui distingue leur travail de celui des autres intervenants.

2. **Le savoir**, plus précisément les connaissances concernant le phénomène religieux que les ISS seraient seuls à posséder dans leur institution : en particulier les connaissances sur les croyances et les rites chrétiens, surtout catholiques. Cette connaissance du religieux, de plus en plus rare au Québec, rend les ISS indispensables pour gérer les « cas de conscience » et surtout pour réaliser certains rituels que l'on peut qualifier d'« actes réservés » puisque seuls des prêtres ou des diacres dûment accrédités par l'Église catholique peuvent les accomplir. Ces savoirs posent donc problème aux intervenants eux-mêmes. Ceux-ci cherchent en effet à se distinguer tout autant du champ théologique que de celui de la psychologie, du travail social ou de la biomédecine. Il apparaît donc que si les ISS souhaitent demeurer des professionnels rémunérés par un État laïc, ils devront régler ce « problème de la religion » dans leur pratique.

3. **Une posture propre et originale, celle de l'accompagnement.** Si la pratique des autres intervenants sanitaires s'inscrit dans la perspective biomédicale hyper-segmentée qui semble dominer actuellement les institutions sanitaires, les ISS insistent au contraire sur le fait que le centre de leurs interventions à eux, **c'est la personne**. C'est elle qui fixe son rythme, ses attentes, etc. Et c'est son épanouissement global qui importe. On passe ainsi dans une posture totalement inverse : la personne n'est plus celle qui reçoit les soins, passivement, d'une équipe soignante seule détentrice des connaissances et des techniques. Au contraire, l'ISS considère que c'est la personne qui sait et qui guide l'intervention ; le soignant ici ne fait qu'accompagner.

4. **La spiritualité est valorisée.** Chez les autres professionnels, le plus souvent, les aspects spirituels sont subordonnés aux autres dimensions de la personne et chez les soignants en général, la spiritualité est donc traitée transversalement et comme un moyen.

Toutefois, d'une part cette posture ne semble pas forcément reconnue par les patients (qui continuent de demander des rituels) ni par les autres intervenants (qui reconnaissent souvent seulement les savoirs religieux). Et d'autre part, elle n'est peut-être pas si unique que le pensent les ISS. Finalement, les ISS devraient être attentifs au fait que cette liberté professionnelle qui leur permettrait de déroger au modèle dominant semble en grande partie héritée du service de pastorale hospitalière dans lequel l'aumônier n'était redevable qu'au conseil d'administration (et à l'évêque du diocèse). On peut s'interroger sur les moyens que pourront utiliser les ISS pour conserver cette indépendance à plus ou moins long terme, à **présent qu'ils ont perdu la protection épiscopale et leur indépendance organisationnelle.**

#### D. IMPACT POUR LA BELGIQUE

Si le modèle canadien est catégoriquement refusé, il apparaît qu'une logique itérative visant à renforcer les partenariats tant avec l'institution, les équipes soignantes mais aussi avec l'Eglise puisse s'inscrire au bénéfice de tous. Loin d'amoinrir la composante spirituelle, elle permettrait d'intégrer aussi la vie spirituelle des soignants (pour ceux qui le souhaitent), plutôt que de s'inscrire dans une dynamique concurrentielle, voire d'opposition. Les soignants ont pour leur part pris conscience de l'importance de la dynamique du « *care* » dans la prise en charge d'un soigné et de la rencontre où le soignant engage son affectivité avec ce que vit l'autre : cela peut toucher à sa propre vie spirituelle, même s'il ne partage pas les convictions religieuses du malade.

## II. SUISSE

### L'ACCOMPAGNANT SPIRITUEL EN MILIEU HOSPITALIER (ASMH) L'EXPÉRIENCE DU CANTON DE VAUD

#### A. UN CONTEXTE ÉVOLUTIF

##### UN CONTEXTE CHUV EN MUTATION

Le Centre Hospitalier Universitaire du canton de Vaud (CHUV) est une institution laïque qui prend en compte la dimension spirituelle de chaque personne hospitalisée, qui est donc soignée dans sa globalité (bio-psycho-social et spirituel). **La vision holistique de la personne humaine** a pour conséquence de **reconnaître à chaque personne (en dehors de toute appartenance religieuse) une « dimension spirituelle »** et de considérer que le bien-être global de la personne humaine est le résultat d'un équilibre conservé ou reconstruit entre les diverses dimensions de la personne. **Le soutien spirituel de la personne hospitalisée fait donc partie intégrante des soins dans l'établissement de santé et doit être conduit en lien avec ses besoins.**

Comme n'importe quelle entreprise ou organisation, dans un contexte mouvant, le CHUV cherche à répondre aux besoins des patients en leur offrant les services des professionnels compétents et à qui on peut faire confiance. La dimension spirituelle étant prise en compte par l'hôpital, la nécessité d'avoir des professionnels qui s'occupent de cette dimension de l'être humain est évidente ; par ailleurs l'interdisciplinarité prend tout son sens lorsque le professionnel de l'accompagnement spirituel peut apporter ses connaissances et ses compétences en collaboration avec les autres professionnels du soi.

##### UN CONTEXTE DE VISIBILITÉ ACCRUE POUR L'AUMÔNERIE

- **L'aumônerie œcuménique a pour mission « d'offrir au CHUV, un soutien spirituel au sens large du terme ».**

L'aumônerie est un service intégré à l'institution hospitalière (à la Direction des soins) et joue un rôle clef dans la prise en compte de la dimension spirituelle du patient. Du statut de « paroisse protestante » qui avait comme mission « d'assurer la présence de l'Église auprès des hospitalisés et du personnel » et qui était le « satellite mis sur l'orbite de la Parole de Dieu » l'Aumônerie du CHUV est passée au statut de service hospitalier en tant qu'aumônerie œcuménique, avec une organisation propre qui suit les trois axes de l'hôpital : clinique, formation et recherche.

- **Le service d'aumônerie est un service qui a deux employeurs différents : le CHUV – institution laïque – et les Eglises – institutions religieuses.**

Sa mission est encadrée par un partenariat qui existe entre les deux institutions - Eglises et CHUV – réalisé par la « Convention de collaboration du 15 juin 2016 ». Cette Convention définit les modalités de partenariat entre le CHUV et les deux Eglises en matière de : définition de l'aumônerie œcuménique au CHUV et du rôle des partenaires, postes au sein de l'aumônerie, les règles communes pour les aumôniers et le système de financement et infrastructure. Les Eglises mettent à disposition de l'aumônerie une partie de leurs

collaborateurs salariés ayant une fonction d'aumônier et ceux-ci restent salariés de leur Eglise de référence ; quant à l'institution hospitalière, elle met également des postes d'aumônier à disposition de l'aumônerie et ceux-ci restent salariés du CHUV.

➤ **L'aumônerie est un service pour tous.**

Autrefois l'aumônier était sollicité pour des actes sacramentaires et religieux traditionnels, l'aumônier catholique pour les patients catholiques et l'aumônier protestant pour les patients protestants, tandis qu'aujourd'hui, l'accompagnant spirituel répond aux demandes qui concernent **les besoins spirituels en général**, au sens large du terme. Les accompagnants spirituels travaillent dans des services du CHUV où ils accompagnent toutes les personnes hospitalisées, quelle que soient leurs religions, leurs confessions ou leurs croyances.

➤ **L'accompagnant spirituel en tant que « spécialiste de la dimension spirituelle » offre aussi un soutien individuel ou en groupe aux équipes de soins dans lesquelles il est intégré**

Une grande partie des accompagnants spirituels sont superviseurs donc sont formés à la supervision pastorale individuelle et de groupe. Cette formation leur permet d'organiser, dans leurs services, des groupes de parole pour le soutien des équipes, groupes réguliers mais aussi occasionnels (suite à des situations difficiles). L'accompagnant spirituel du CHUV est intégré aux équipes soignantes de ces services et participe à différents colloques (interdisciplinaire, de liaison, de réseau...) en tant que spécialiste de la dimension spirituelle, comme un professionnel parmi les autres. Il a accès, comme les autres soignants, aux listes et aux dossiers des patients.

➤ **La valorisation de la dimension spirituelle dans le soin conduit à une exigence accrue au niveau des compétences.**

On assiste aujourd'hui à un processus de passage du métier d'aumônier à une profession d'accompagnant spirituel. La professionnalisation du métier d'aumônier est devenue *une nécessité absolue* non optionnelle. Cette professionnalisation de ce métier est en attente de la reconnaissance par *l'institution hospitalière des connaissances, les compétences spécifiques requises*. *L'inscription de la fonction d'accompagnant spirituel (la terminologie n'est pas encore choisie) à l'ordre des professions de santé reconnues parrainées est également en attente.*

## B. MISSION

Dans le cadre de la politique institutionnelle hospitalière, l'accompagnant spirituel contribue à la prise en charge globale de la personne hospitalisée, en prenant en compte la dimension spirituelle des personnes hospitalisées, de leurs proches et des collaborateurs de l'hôpital, en participant aux trois missions de l'institution hospitalière : clinique, formation et recherche. C'est un processus qui comporte plusieurs domaines d'intervention: l'intégration dans le contexte hospitalier, la visite au patient, l'entretien STIV, l'accompagnement des patients, le soutien aux proches, le soutien aux collaborateurs, l'évaluation de la détresse spirituelle (STIV), l'analyse de l'entretien (SDAT), la recommandation faite par l'accompagnant spirituel en tant que professionnel de la dimension spirituelle, la participation aux colloques (interdisciplinaire, de réseau, de transmission), la transmission dans le cadre du colloque interdisciplinaire et à travers les notes mises dans le dossier du patient (SOARIAN), la co-

construction de groupes de paroles pour les équipes soignantes et pour les patients, les célébrations et les rituels, la formation et la recherche. Pour tout ce processus, les accompagnants spirituels ont eu besoin aussi de **développer un langage commun** pour s'adapter au contexte actuel et pour qu'ils soient mieux compris par les autres professionnels de la santé avec lesquels ils collaborent.

### **C. DOMAINES D'ACTIVITÉ**

#### **Neuf domaines d'activité de l'accompagnant spirituel en milieu hospitalier**

1. Connaissance et intégration dans le milieu hospitalier
2. Intervention / Accompagnement
3. Collaboration interdisciplinaire
4. Collaboration interne (service d'aumônerie)
5. Célébrations et rituels
6. Gardes et recueillement du matin
7. Supervision individuelle
8. Formation / information
9. Recherche

#### **Six grands domaines de compétences (où les compétences sont mises en œuvre) :**

1. Contexte hospitalier
2. Cadre de la rencontre
3. Intervention/Accompagnement (entretien, évaluation, accompagnement, recommandation, transmission)
4. Formation
5. Recherche
6. Développement professionnel et personnel

#### **Dix compétences générales des ASMH avec les ressources nécessaires pour agir avec compétence :**

- C.I.** *S'intégrer dans la culture hospitalière et s'adapter aux exigences du contexte*
- C.II.** *Poser un cadre adéquat à la rencontre de la personne*
- C.III.** *Mener un entretien semi-structuré dans le cadre d'une intervention / accompagnement*
- C.IV.** *Évaluer la détresse spirituelle / les ressources de la personne*
- C.V.** *Accompagner la personne individuellement ou en groupe dans sa recherche spirituelle*
- C.VI.** *Transmettre une évaluation de la dimension spirituelle et faire des recommandations*
- C.VII.** *Participer à sa propre formation continue, à la formation et à l'enseignement des différents acteurs*
- C.VIII.** *Participer aux travaux de recherche et à l'intégration des savoirs scientifiques dans la pratique*
- C.IX.** *Développer sa posture professionnelle*
- C.X.** *Prendre soin de soi.*

## D. NIVEAUX DE PROFESSIONNALISME (D'ACQUISITION DES COMPÉTENCES)

### 1. Compétences préalables

### 2. Compétences fondamentales (1<sup>er</sup> niveau de professionnalisme)

### 3. Compétences confirmées (2<sup>e</sup> niveau de professionnalisme)

### 4. Compétences spécifiques avancées (3<sup>e</sup> niveau de professionnalisme)

## E. VALIDATION DU RÉFÉRENTIEL D'EMPLOI ET COMPÉTENCES

Le référentiel d'emploi et compétences est un outil qui offre un cadre de référence et a comme but principal de donner la représentation la plus exacte possible de la profession d'accompagnant spirituel en milieu hospitalier, en partant de la réalité vécue par les professionnels. Il peut être un outil pour :

- Employeurs (RH CHUV et RH Eglises) (...)
- Responsable du service d'aumônerie (...)
- Responsable formation (...)
- Accompagnants spirituels (...)

## F. IMPACT POUR LA BELGIQUE

- Une reconnaissance par l'institution hospitalière de l'importance de la dimension spirituelle : et donc la mise ne place d'un référentiel de compétences à la hauteur de la reconnaissance des enjeux spirituels. En ce sens on pourrait prendre exemple sur ce qui a été réalisé au CHUV autour du triptyque :
  - La mission
  - Les grands domaines d'activités et de sous-activités
  - La définition des compétences nécessaires.
- Le risque : une trop grande professionnalisation et un maillage trop serré des modes d'intervention : la liberté de l'intervenant spirituel est-elle maintenue ou se retrouve-t-il dans une posture équivalente de celle du soignant dont l'intervention est normée ? Autre risque : **l'obligation d'adopter une posture non-confessionnelle qui résulte d'un choix politique (dès 2003) est-elle nécessaire pour que la démarche de l'aumônier soit à destination de tous ?** Il serait intéressant de se pencher également sur les cas de la Scandinavie et des Pays-Bas.
- Mettre en place des groupes de travail au sein des institutions à l'instar de celui qui s'est constitué depuis plusieurs années au CHUV (Spirimed) pour dialoguer entre aumônerie / accompagnants spirituels et médecins ou soignants. Cette initiative, reconnue par l'autorité hospitalo/universitaire à travers la création de la plateforme médecine, spiritualité, soins et société (MS3), qui développe enseignement, recherche et innovation dans les soins.
- Parallèlement, dans le département de psychiatrie du CHUV se déploie la supervision de l'aumônerie en psychiatrie de Suisse romande. Les problèmes cliniques sont

abordés sous un angle spirituel et psychiatrique intégré. Les aspects liés à la spiritualité ont été déclarés obligatoire à investiguer par le très officiel Diagnostic et statistique Manuel de l'Association américaine de psychiatrie, dans son édition de 2013 (*American Psychiatric Association*).

### III. FRANCE

#### LA MISSION DE L'AUMÔNIER EN ETABLISSEMENT DE SANTE EN FRANCE

##### « Mission de responsable, envoyé par l'Eglise, en milieu hospitalier et laïc »

###### Résumé de la mission (site de la Conférence des Evêques de France)

L'aumônerie des établissements de santé est à la fois un service d'Eglise et un service de l'hôpital.

Les aumôniers et les membres d'aumônerie ont la charge d'assurer, dans ces établissements, le service du culte auquel ils appartiennent et d'assister les patients qui en font la demande par eux-mêmes ou par l'intermédiaire de leur famille.

Leur mission d'Eglise les amène notamment à :

- être à l'écoute des personnes malades, âgées et de ceux qui les entourent
- être une présence fraternelle, respectueuse du cheminement de chacun, porteuse de vie et d'espérance
- être attentifs aux évolutions de l'institution de soins et à leurs incidences éventuelles sur la qualité de la prise en charge des personnes et pour les personnels.

###### *Dans une logique de partenariat*

Eglise accueillie dans l'institution de soins, le service d'aumônerie a le souci d'être un partenaire dans la prise en charge des personnes hospitalisées, partenaire d'un service de l'homme.

###### *En équipe*

La présence d'aumônerie est celle d'une équipe envoyée en mission par l'évêque et reconnue par l'Etablissement. Cette équipe -composée de laïcs, religieux, diacres, prêtres- se construit autour d'un projet commun, des rencontres de partage, de prière et de formation.

Outre les visites aux personnes, l'équipe vit des temps de rencontres, de partage et de prière commune. L'équipe n'a de raison d'être que si elle vit sa mission au cœur d'un dialogue et d'une sympathie partagée avec les personnes malades, leurs proches et les soignants.

Dans une attitude d'ouverture, l'équipe d'aumônerie entretient des relations de fraternité et de recherche avec les représentants des autres cultes.

#### A. QU'EST-CE QU'UNE AUMÔNERIE, UN AUMÔNIER ?

##### A. QU'EST-CE QU'UNE « AUMONERIE D'HOPITAL » ?

Tout d'abord, qu'est-ce qu'une « Aumônerie Catholique d'Hôpital » ? Une aumônerie d'hôpital, a pour vocation, d'être présence d'Eglise, au sein d'un établissement public. Elle

assure le culte, l'accompagnement spirituel, au sein de l'établissement, accompagnement qui ne se concrétise pas toujours dans la sphère religieuse. D'une manière globale, elle assure l'accompagnement des personnes malades ou âgées, des familles. Elle se doit d'assurer les funérailles sur l'hôpital, les « levées de corps ». L'aumônerie, est également appelée pour la « prière » auprès des mourants... Une aumônerie, est composée d'une équipe (l'équipe d'aumônerie), avec un aumônier en titre, et des membres d'aumônerie. Tous sont complémentaires dans la mission.

## B. L'AUMONIER

Administrativement, le terme « aumônier », désigne le /la responsable d'une aumônerie sur l'hôpital. Au niveau de l'hôpital, l'aumônier, est celui qui est responsable, juridiquement, du culte, aujourd'hui, d'un culte spécifique, du fait de la multiplicité des religions en France. Les membres d'équipe d'une aumônerie, n'ont pas le titre d'aumônier. Présenté, et nommé par l'évêque diocésain, duquel il reçoit une « Lettre de Mission », l'aumônier catholique, est accepté (ou pas) par la direction de l'hôpital. Seule, la « Lettre de Nomination », est à présenter à la direction de l'hôpital. La « Lettre de Mission », n'est pas à montrer à la direction de l'hôpital. Ce n'est pas une pièce administrative, mais le cœur de la mission, confiée par l'évêque du diocèse.

\* L'aumônier, a une vision d'ensemble de la structure hospitalière. Il assure la responsabilité, au sein de l'équipe, devant la direction hospitalière et l'Eglise diocésaine.

\* Les « Membres Associés » ou « Membres de l'Equipe », reçoivent mission de leur aumônier, qui lui-même a reçu mission de l'Evêque, à travers la délégation du RDAH (« Responsable Diocésain des Aumôneries d'Hôpitaux »).

## B. LA MISSION DE L'AUMONIER, AU SEIN D'UN ÉTABLISSEMENT PUBLIC

L'hôpital, est un établissement public. Depuis 2011, il existe une « Charte Nationale des aumôneries des établissements relevant de la Fonction Publique Hospitalière ».

### A. LA COEXISTENCE DE DEUX PRINCIPES

*\* Le principe de neutralité du service public, de l'espace public, donc de l'hôpital.*

L'aumônerie, est un « service » de l'hôpital, et non une association (Loi de 1905). L'aumônier, lorsqu'il est salarié, est membre du personnel. Mais s'il est bénévole, il est également soumis aux directives de l'hôpital. Il doit rendre compte de son service, auprès de la direction de l'hôpital.

*\* Le respect des croyances : les personnes malades ou âgées, ont le droit de pratiquer leur religion. D'un point de vue légal, des textes officiels, garantissent la légitimité des croyances. Seule condition : ne pas être un obstacle aux soins, ni entacher la liberté des autres. C'est donc dans ce contexte, que va intervenir l'aumônerie. De plus, comme tout membre du personnel,*



et comme tous les intervenants, l'aumônerie respecte la « Charte du patient Hospitalisé », relative aux droits des patients.

## B. L'AUMONERIE EST UN « SERVICE »

### a) Répondre aux appels

L'aumônerie, est au service des personnes hospitalisées ou âgées. Être au service, signifie que l'on ne s'impose pas ! Il s'agit prioritairement, de répondre aux appels :

- \* Les appels du culte : communions, prières, prières auprès d'une personne mourante, sacrements : donnés par un prêtre...

- \* Des appels, également, provenant des familles : L'aumônerie, a mission de réconfort, une présence, aux côtés de ceux et celles qui l'appellent.

- \* Des appels, provenant du personnel hospitalier.

- \* Des appels, provenant des personnes malades elles-mêmes, émanant des différents services.

### b) Mission d'écoute

L'aumônerie, a mission d'être témoin de la dimension spirituelle de tout être humain.

### c) Mission de partenariat

Répondre aux besoins des personnes, en s'adaptant au fonctionnement des établissements. L'aumônerie, se doit de respecter ces règles, hormis pour les appels d'urgence.

## C. L'AUMONIER

### a) Mission de responsabilité

L'aumônier, de par sa double appartenance, est responsable de l'aumônerie, vis-à-vis de l'hôpital et de « l'Ordinaire du lieu », c'est-à-dire, vis-à-vis de l'Evêque duquel il a reçu son envoi en mission. Il est donc tenu à un « double rendre compte ». Il est normal de rendre compte du travail effectué, et de la mission confiée.

*Vis-à-vis de l'hôpital :*

- \* L'aumônier est seul responsable du culte qu'il représente, sur l'hôpital.

- \* Comme tout service d'un hôpital, l'aumônier doit présenter à la direction, un « Projet d'Aumônerie », rédigé avec les membres d'aumônerie, en cohérence avec le travail fourni et la mission.

- \* Au terme de chaque année, l'aumônier, doit remettre à la direction de l'hôpital, un « Rapport d'Activité », dans lequel, seront détaillées les prestations opérées par l'aumônerie, au cours de l'année écoulée. J'emploie volontairement, le langage administratif, relatif aux établissements publics.

- \* Assurer la compétence des membres de l'aumônerie. L'aumônier aura à veiller à la formation des membres d'aumônerie : des formations sont dispensées par les diocèses, par les RDAH (« Responsable Diocésain des Aumôneries d'Hôpitaux »), parfois par les hôpitaux. Notamment, une formation à l'hygiène.

- \* L'aumônier, et les membres d'aumônerie, sont tenus au « secret professionnel ».

\* La liste : adresse et numéro de téléphone des membres d'aumônerie, est à remettre chaque année à la direction de l'hôpital, ainsi qu'à chaque fois qu'il se produit un mouvement. C'est-à-dire, à l'arrivée de chaque bénévole, ou à son départ de l'aumônerie. Il s'agit d'une question d'assurances, et d'honnêteté, face à l'hôpital.

*Vis-à-vis de l'instance diocésaine :*

L'évêque, envoie, il est donc nécessaire, qu'il ait un retour : le retour de mission !

\* La délégation : Mais ce « retour », passe par la délégation du « Responsable Diocésain des Aumôneries d'Hôpitaux », le RDAH. C'est à cette personne que l'on rend compte de la mission. Le « Rapport d'Activité », lui sera également remis, à chaque fin d'année.

\* Rencontre annuelle du RDAH, afin de faire le point sur la mission

#### *b) Mission d'animation*

\* Animer une équipe : Ce rôle, revient à l'aumônier, qui planifie régulièrement : les messes ; les prières communes en aumônerie (partage d'Évangile...) ; les « Réunions d'Équipe ». Les « Réunions d'Équipe », sont importantes. Elles sont des rencontres, qui visent à souder les équipes, et se redire ce qui nous fait vivre, et à partager nos difficultés. Les « Relectures Pastorales », relectures de visites etc.

\* Recrutement des membres d'équipe. Avoir du discernement

\* Rencontre personnelle de chaque membre d'équipe, une fois l'an pour un « rendre compte ».

\* Permettre à chacun des membres de l'aumônerie de trouver sa place :

#### *c) Mission de « mise en lien »*

#### *d) Mission « cadrée »*

La mission de l'aumônier, et des membres de l'aumônerie, se définit dans le cadre d'un hôpital public.

\* Rester neutre dans l'écoute

\* \*Savoir s'expliquer : pouvoir expliciter le rôle d'une aumônerie. Savoir répondre à des questions au sujet de notre Foi.

\* \*Ce qui implique de se former. Les membres d'aumôneries possèdent leurs formations, mais également les aumôniers.

\* \*Ce qui implique également, de savoir se remettre en question. Les évolutions hospitalières vont très vite, et il faut constamment, s'adapter aux nouvelles structures, aux nouvelles façons de faire. (Par exemple, le temps d'hospitalisation, diminue de plus en plus).

\* \*D'où la nécessité d'être accompagné. Un aumônier a besoin d'un accompagnateur !

### **C. IMPACTS POUR LA BELGIQUE**

De manière générale le modèle français est comparable au modèle en Belgique, hormis les nuances liées au bilinguisme et à des traditions et avancées différentes entre la Flandres et la Wallonie. Il serait judicieux de s'inspirer de pastorales plus spécifiques.

Au Tripode à Bordeaux : prise en compte de la pluralisation des demandes religieuses et affectation de ministres du culte à cet effet. La coordination générale des soins du CHU de Bordeaux, le service responsable de clientèle et l'ingénierie générale de l'hôpital ont pris en charge l'opportunité de rénover un espace de culte en son sein. Une réflexion a été menée entre 2016 et 2018 et la solution a conduit à une modularité de l'espace moyennant un jeu de trois rideaux, pouvant permettre aux différents cultes d'y être célébrés., tout comme de garantir un espace de méditation et de prière « neutre ». Une charte de fonctionnement, reprenant la loi de 1905 ainsi que la charte de la laïcité et la charte de la personne hospitalisée permettent le bon fonctionnement du lieu et les règles du vivre ensemble et la circulaire du 5 septembre 2011 relative au fonctionnement des aumôniers.

## Chantiers ouverts

par les 3 partenaires porteurs du projet de think tank



# Chantiers de la CIPSA

- 1 **Réflexion fondamentale**
- 2 **Réflexion institutionnelle**
- 3 **Lien avec les autres religions**
- 4 **Langage commun**
- 5 **Formation et professionnalisation**
- 6 **Cadre légal**

La CIPSA s'engage pour 3 autres projets concrets :

- 1 **Poste de coordinateur**
- 2 **Professionnalisation et cursus universitaire**
- 3 **Association professionnelle**

# Chantiers du RESSPIR



**Groupe de réflexion international :  
Référentiels de compétences pour  
l'accompagnement spirituel**

## Avec le soutien du Service Spiritual Care :

Sensibilisation des soignants et bénévoles par des outils adaptés.



## Une vidéo présentant le think tank et ces chantiers :



<https://www.youtube.com/watch?v=nHC2fJ0m57o>

(Réalisation Doan Vu Duc - Everyday Robots)



RESSPIR

**CIPSA**

CIPSA



UNESSA

En collaboration avec

